DÉCLARATION DE CATIE

concernant la nécessité de disposer d'un éventail de services liés à l'usage de substances

Cette déclaration de CATIE est une synthèse des données attestant la nécessité de disposer d'un éventail de services visant à améliorer la santé des personnes qui utilisent des drogues.

JUIN 2025

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

Elle a été élaborée en vue d'aider les prestataires de services et les décisionnaires à prendre des décisions éclairées concernant l'éventail des services liés à l'usage de substances.

MESSAGE CENTRAL

Il est essentiel de disposer d'un large éventail de services liés à l'usage de substances pour protéger la santé des personnes qui utilisent des drogues au Canada. L'expression *services liés à l'usage de substances* s'applique à divers programmes qui fournissent du soutien aux personnes qui utilisent des substances. Il s'agit aussi bien de programmes de réduction des méfaits que de programmes de traitement. Ces deux types de programmes sont des éléments complémentaires de l'éventail des services liés à l'usage de substances, chacun jouant un rôle essentiel. Ces services doivent être généralisés et facilement accessibles pour répondre aux besoins des communautés.

RECOMMANDATIONS

1. Ancrer l'éventail des services dans une compréhension de l'usage de substances fondée sur des données probantes

La nécessité de disposer d'un éventail de services découle de la complexité du phénomène de l'usage de substances. On utilise des drogues pour des raisons très diverses. L'usage de substances s'inscrit dans un continuum allant de la non-utilisation (abstinence) au trouble lié à l'usage d'une substance (état pathologique traitable caractérisé par l'usage prolongé en dépit d'effets négatifs sur l'individu ou son entourage), en passant par l'utilisation profitable (qui a des effets positifs sur la santé ou l'esprit, notamment le plaisir, la détente et l'euphorie), l'utilisation à faible risque (qui a des effets minimes sur l'individu et son entourage) et l'usage à risque élevé (qui est nocif pour l'individu ou son entourage). La plupart des personnes qui utilisent des drogues ne présentent pas de trouble lié à l'usage de substances. Au fil du temps, les individus peuvent évoluer dans un sens et dans l'autre de ce continuum. Il est essentiel de comprendre la complexité du phénomène de l'utilisation de substances si l'on veut adopter des mesures efficaces, globales et empreintes de compassion.

Il n'existe pas de démarche ou de programme unique qui puisse répondre aux besoins de chacun·e. La mise en œuvre d'un éventail de services liés à l'usage de substances fondés sur des données probantes et répondant à des besoins divers est le moyen le plus prometteur de réduire les méfaits liés à l'utilisation de drogues et de promouvoir la santé et le bien-être. Les décisionnaires et les prestataires de services doivent veiller à ce que ces services soient réactifs et adaptables, et à ce que la priorité soit accordée à la satisfaction des besoins autodéterminés des personnes. Ce faisant, ils contribueront à réduire les méfaits liés à l'utilisation de substances et à améliorer la santé des individus, des communautés et des populations.

Les décisionnaires doivent consacrer des ressources à l'élaboration et au maintien d'un éventail de services. Ils doivent également prendre en compte et combattre les inégalités sociales et structurelles qui sous-tendent les méfaits liés à l'utilisation de drogues. Les prestataires de services jouent un rôle central en dispensant des programmes de réduction des méfaits et de traitement qui permettent de réduire les méfaits de l'utilisation de drogues au niveau individuel. Ils sont également en mesure de mettre en liaison les individus avec des services sociaux et de santé plus généraux susceptibles de répondre à leurs besoins liés aux déterminants sociaux de la santé, et donc d'améliorer les résultats des personnes qui utilisent des drogues.

2. Reconnaître que la réduction des méfaits et les programmes de traitement sont des éléments complémentaires de l'éventail des services liés à l'usage de substances

Les programmes de réduction des méfaits et de traitement viennent en aide aux personnes qui utilisent des drogues par des moyens différents, mais complémentaires. Les services liés à l'utilisation de substances qu'une personne peut rechercher ou dont elle peut avoir besoin dépendent de plusieurs facteurs, notamment de sa situation dans le continuum de l'utilisation de substances.

Certaines personnes utilisent des substances rarement, occasionnellement ou régulièrement sans présenter de trouble lié à l'usage de substances. Les programmes de réduction des méfaits sont essentiels dans la mesure où ils permettent de fournir des ressources et de l'information destinées à limiter les méfaits liés à l'utilisation de drogues, de manière à ce que les personnes concernées restent en bonne santé, en sécurité et en liaison avec les services de soins. En règle générale, les personnes qui ne présentent pas de trouble lié à l'usage de substances n'ont pas besoin de suivre un programme de traitement, le traitement étant principalement destiné aux personnes qui présentent un tel trouble.

Les programmes de réduction des méfaits sont essentiels pour les personnes qui présentent un trouble lié à l'usage de substances, car ils leur permettent de rester en bonne santé, en sécurité et en liaison avec les services de soins. Ces programmes remplissent une fonction importante avant, pendant et après le traitement. Les personnes qui présentent un trouble lié à l'usage de substances peuvent aussi décider de participer à des programmes de traitement qui contribueront aux efforts de maîtriser, de réduire ou de cesser leur utilisation de substances.

La réduction des méfaits et le traitement sont perçus à tort comme des démarches opposées, alors qu'en réalité, elles sont complémentaires. Il est avéré que les programmes de réduction des méfaits permettent d'atténuer les effets néfastes de l'usage de substances et de faciliter l'accès et le recours aux traitements. Il est également établi que les programmes de traitement à participation volontaire, fondés sur des données probantes, permettent aux personnes de maîtriser, de réduire ou de cesser leur utilisation de substances, tout en contribuant à réduire les méfaits. Les programmes de traitement fondés sur les meilleures pratiques intègrent d'ailleurs les principes de la réduction des méfaits dans le cadre de tous leurs services de soins.

Les programmes de réduction des méfaits et les traitements doivent être accessibles si l'on veut aider les personnes qui utilisent des drogues ou d'autres substances à améliorer leur santé et leur qualité de vie. Les prestataires de services et les décisionnaires doivent reconnaître la nature complémentaire des programmes de réduction des méfaits et de traitement, et rechercher les moyens d'améliorer la continuité des soins entre les services de réduction des méfaits et les services de traitement.

3. Favoriser et élargir la disponibilité des programmes de réduction des méfaits fondés sur des données probantes

L'objet des programmes de réduction des méfaits est de réduire les méfaits liés à l'utilisation des drogues et à l'application des politiques et des lois qui s'y rapportent. Ces programmes mettent en œuvre des stratégies et des ressources fondées sur des données probantes et visant à réduire autant que possible les méfaits liés à l'utilisation de substances. Ils permettent de limiter la transmission des maladies infectieuses, de prévenir les surdoses, de réduire les coûts des soins de santé et de mettre les personnes qui utilisent des drogues en liaison avec d'autres services sociaux et de santé, notamment en vue d'un traitement. La réduction des méfaits repose sur le constat que tout le monde n'est pas forcément désireux, prêt ou capable d'arrêter d'utiliser des drogues. Elle s'articule autour des méfaits liés à l'utilisation de drogues, et de l'amélioration de la santé et du bien-être, sans obligation d'abstinence. Les programmes de réduction des méfaits dont l'efficacité a été démontrée auprès des personnes qui utilisent des drogues comprennent les services de distribution de matériel destiné à une utilisation de drogues à moindres risques, les services de consommation supervisée et les sites de prévention des surdoses, les programmes de distribution de naloxone, les programmes d'analyse des drogues et les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire.

Bien que l'efficacité des programmes de réduction des méfaits soit étayée par des données probantes solides, la disponibilité et les capacités d'accueil desdits programmes ne sont pas uniformes au Canada, ce qui crée des obstacles à l'accès d'ordre individuel et communautaire. Les programmes de réduction des méfaits doivent être rendus accessibles et étendus à l'échelle du Canada de manière à garantir l'équité et à répondre aux besoins des communautés. Les décisionnaires peuvent financer l'élargissement de l'accès aux programmes de réduction des méfaits, aider les prestataires de services à mettre en œuvre un éventail de programmes de réduction des méfaits dans leurs communautés, et élaborer des normes visant à rendre les programmes accessibles et fondés sur des données probantes.

Les prestataires de services peuvent se familiariser avec les programmes de réduction des méfaits qui existent dans leur communauté et chercher à comprendre en quoi ils sont utiles aux individus. En vue d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité, les prestataires de services peuvent s'efforcer d'élargir l'éventail des programmes de réduction des méfaits qu'ils proposent (p. ex. en intégrant et en regroupant des services; en créant des voies d'orientation vers d'autres programmes au sein de la communauté). En collaborant avec d'autres prestataires de services et en tirant parti des ressources existantes, ils ou elles peuvent aider les personnes concernées à accéder aux programmes et aux soutiens qu'elles recherchent et dont elles ont besoin.

4. Assurer l'élaboration de programmes de traitement à participation volontaire, fondés sur des données probantes, et élargir leur disponibilité

Les programmes de traitement à participation volontaire, fondés sur des données probantes, sont un élément essentiel de l'éventail des services liés à l'usage de substances. Ils consistent en un ensemble de programmes qui permettent aux personnes concernées de maîtriser, de réduire ou de cesser d'utiliser des substances. Les programmes de traitement permettent de fournir des médicaments, du counseling psychosocial, un soutien par les pairs et d'autres ressources qui aideront les personnes à atteindre leurs objectifs autodéterminés. Les programmes de traitement comprennent le traitement par agonistes opioïdes (TAO), le traitement psychosocial (p. ex. organisation des contingences, thérapie cognitivo-comportementale), la prise en charge du sevrage et d'autres formes de soutien social, généralement combinés les uns aux autres. Les programmes de traitement peuvent être dispensés par des prestataires en milieu hospitalier, en établissement ou dans la communauté. Toutefois, la disponibilité de traitements abordables, rapides et fondés sur

des données probantes n'est pas uniforme au Canada, ce qui entrave leur accessibilité.

Les programmes de traitement volontaires, abordables et fondés sur des données probantes destinés aux personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances, doivent être étendus à l'échelle du Canada de manière à garantir un accès équitable et à répondre rapidement aux besoins des communautés et des individus. Il importe de noter que les personnes qui utilisent des drogues ou d'autres substances n'ont pas toutes besoin d'un traitement, ne le souhaitent pas nécessairement et ne sont pas toutes admissibles à un traitement. En outre, les personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances doivent parfois faire plusieurs tentatives pour que le traitement soit efficace, et nombre d'entre elles doivent essayer différents programmes pour déterminer lesquels, le cas échéant, leur conviennent. Les personnes qui utilisent plus ou moins de drogues peuvent également réduire ou cesser leur utilisation sans participer à des programmes de traitement officiels.

Il n'existe pas de démarche thérapeutique unique qui soit efficace pour tout le monde. Les décisionnaires et les prestataires de services doivent veiller à ce que des programmes de traitement variés existent et soient mis en place à grande échelle, et à ce qu'ils soient intégrés et coordonnés de manière à garantir la continuité des soins dans une région donnée.

La réglementation et les mécanismes de transparence des programmes de traitement peuvent varier considérablement en fonction de facteurs, tels que le modèle de financement, les types de traitements dispensés, l'affiliation professionnelle du personnel fournissant les services et le cadre dans lequel les services sont fournis. Les décisionnaires doivent veiller à ce que tous les modèles de prestation de traitement soient réglementés, et à ce que des mécanismes adéquats de transparence soient en place, notamment sur le plan de la supervision, des normes, des obligations de rendre compte et du suivi à long terme, afin d'évaluer l'efficacité des programmes pour ce qui est de favoriser la santé des individus et de répondre aux besoins des communautés.

Les prestataires de services doivent connaître les programmes de traitement fondés sur des données probantes offerts dans leurs communautés, ainsi que les types de services et de soutien dispensés dans le cadre des divers programmes. Ils seront ainsi mieux à même d'orienter les bénéficiaires vers les programmes qui leur conviennent le mieux, c'est-à-dire ceux qui offrent les types de services qu'ils recherchent, dont ils peuvent se prévaloir, qui leur conviennent et qu'ils ont les moyens de payer.

5. S'attaquer aux obstacles qui entravent l'accès à l'éventail des services liés à l'usage de substances

L'accès à l'éventail des services liés à l'usage de substances est entravé par divers obstacles d'ordre individuel, social et structurel, entre autres :

- les longues distances à parcourir pour obtenir des services;
- les longs délais d'attente;
- des horaires d'ouverture limités;
- une capacité de service insuffisante;
- les coûts élevés de certains programmes de traitement;
- la pénurie de ressources ou de programmes destinés à certains groupes de personnes qui utilisent des drogues (p. ex. les personnes qui fument des drogues, celles qui présentent un trouble lié à l'usage de stimulants, celles qui présentent des problèmes de santé mentale concomitants, les jeunes, les populations autochtones qui utilisent des drogues);
- l'absence de continuité des soins entre les différents services;
- la méconnaissance des services et des mécanismes de soutien disponibles.

Ces obstacles sont particulièrement importants dans les communautés rurales et éloignées, mais ils concernent également les habitants des zones urbaines. Ils créent des inégalités en matière de santé en empêchant les personnes concernées d'obtenir les ressources et le soutien dont elles ont besoin, au moment voulu.

Les prestataires de services peuvent prendre diverses mesures pour tâcher de faire tomber les obstacles qui existent dans leur communauté. Les prestataires de services doivent régulièrement déterminer si leurs programmes répondent aux besoins de la communauté et les adapter en conséquence, dans la mesure du possible. Ils peuvent également s'efforcer de renforcer les liens avec d'autres programmes locaux de réduction des méfaits et de traitement en vue de faciliter les orientations, de renforcer les capacités et d'améliorer la coordination des soins. En outre, les prestataires de services peuvent s'attaquer aux obstacles pratiques (p. ex. en facilitant les déplacements, en proposant des services virtuels ou ambulants) et mieux faire connaître les mécanismes de soutien disponibles (p. ex. par la sensibilisation et des interventions de proximité). Ils peuvent également envisager des approches innovantes, telles que le regroupement et l'intégration de programmes et la mise en place de mesures facilitant

l'orientation en matière de santé, en vue de favoriser l'accès à certains programmes.

Les prestataires de services doivent pouvoir compter sur les décisionnaires pour ce qui est de garantir la disponibilité et la pérennité des financements destinés à faire tomber les obstacles aux soins. Les décisionnaires peuvent aussi accorder la priorité au financement et aux politiques qui visent à accroître la capacité d'accueil, l'accessibilité et la portée géographique des programmes, en particulier dans les zones où les services sont insuffisants. En s'attaquant à ces obstacles, on peut créer un système de services liés à l'usage de substances plus accessible, plus efficace et mieux coordonné, permettant aux individus de bénéficier des ressources et des soins dont ils ont besoin, au moment voulu.

6. Faire en sorte que les services soient fournis dans le respect des droits de la personne qui utilise des drogues

Il est essentiel que tous les services liés à l'usage de substances soient fondés sur des données probantes et que la participation à ces services soit volontaire. Ces services doivent permettre de faire valoir le droit à la santé des personnes qui utilisent des drogues. Cela signifie que les services doivent être fournis dans le respect des droits de ces personnes sur le plan de la sensibilisation et de l'information en matière de santé, de l'autonomie corporelle, de l'égalité et de la non-discrimination, des déterminants sociaux de la santé et d'une participation réelle aux prises de décisions.

Les prestataires de services et les décisionnaires devraient associer les personnes qui utilisent des drogues à la conception, à la prestation et à l'évaluation de l'éventail des services liés à l'usage de substances, de manière à ce que les programmes répondent à leurs besoins, soient culturellement adaptés, écartent les pratiques stigmatisantes et soient respectueux des droits de la personne.

Les décisionnaires devraient également élaborer des normes rigoureuses et des mécanismes de transparence applicables à tous les services liés à l'usage de substances pour veiller à ce que les programmes soient fondés sur des données probantes et permettent de protéger adéquatement la santé et les droits de la personne qui utilise des drogues et de ses communautés.

RESSOURCES ADDITIONNELLES

Feuille de route de normalisation en SMSLCS – Conseil canadien des normes

Démarches de santé publique à l'égard de la crise des drogues toxiques – Association canadienne de santé publique

Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes – Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Traitement par agonistes opioïdes – Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Les bases de la réduction des méfaits : trousse pour prestataires de services – CATIE

EXAMEN DES DONNÉES PROBANTES

Données probantes concernant l'utilisation de substances

Le phénomène de l'utilisation de substances est un comportement humain complexe. On utilise des drogues pour diverses raisons, et cette utilisation s'inscrit dans un continuum. Ce continuum va de la non-utilisation (abstinence) au trouble lié à l'usage de substances (état pathologique traitable caractérisé par l'utilisation prolongée en dépit d'effets négatifs sur l'individu ou son entourage), en passant par l'utilisation profitable (qui a des effets positifs sur la santé ou l'esprit, notamment le plaisir, la détente et l'euphorie), l'utilisation à faible risque (qui a des effets minimes sur l'individu et son entourage) et l'utilisation à risque élevé (qui est nocive pour l'individu ou son entourage)[1]. Comme c'est le cas pour tous les comportements, les individus peuvent évoluer dans un sens et dans l'autre de ce continuum au fil du temps. La plupart des personnes qui utilisent des drogues ne présentent pas de trouble lié à l'usage de substances; selon les estimations issues des travaux de recherche, entre 10 et 30 % des personnes qui utilisent des drogues finissent par présenter un tel trouble[2,3].

La probabilité qu'une personne utilise des substances, sa situation dans le continuum et les méfaits liés à cette utilisation dépendent des conditions dans lesquelles elle grandit, vit et travaille. Par exemple, les personnes qui présentent un trouble lié à l'usage de substances sont plus susceptibles d'avoir connu des difficultés importantes dans leur vie, entre autres des problèmes de santé mentale, des expériences négatives dans l'enfance, des évènements traumatisants ou des difficultés liées aux déterminants sociaux de la santé (p. ex. niveau de revenu, logement)[4–6]. Les méfaits liés à l'utilisation de substances sont également déterminés par ces facteurs, parmi d'autres, et notamment par les lois et les politiques qui criminalisent l'utilisation des drogues, ainsi que par des facteurs structurels tels que le racisme, le colonialisme et les inégalités de genre, qui font augmenter les risques de méfaits liés à l'utilisation de drogues dans certaines populations[7,8].

Au Canada, les méfaits liés aux drogues illicites ont augmenté de façon spectaculaire au cours de la dernière décennie. Depuis le milieu des années 2010, les décès imputables aux surdoses

constituent une crise de santé publique persistante partout au Canada[9]. Les maladies infectieuses associées à l'utilisation de drogues, telles que l'hépatite C et le VIH, restent des sujets de préoccupation importants; les personnes qui s'injectent des drogues représentent une proportion considérable de ces cas d'infection[10,11]. Les infections bactériennes graves sont en augmentation chez les personnes qui s'injectent des drogues, ce qui peut être corrélé avec une morbidité et une mortalité élevées[12,13]. Les méfaits liés à l'utilisation de substances ne concernent pas seulement l'individu qui utilise des drogues, mais aussi ses réseaux sociaux, sa communauté et la société dans son ensemble, notamment par le biais des pressions qui s'exercent sur les systèmes de santé et de justice et des coûts sociaux liés à la perte de productivité (p. ex. en cas de décès prématuré ou d'invalidité)[14]. Ces coûts ont augmenté de près de 30 % entre 2007 et 2020[14].

Si les méfaits liés à l'utilisation de drogues ont augmenté, la prévalence du trouble lié à l'usage de substances dans la population canadienne est restée stable au cours de la même période[15]. Cette constatation laisse croire que des facteurs autres que le trouble lié à l'usage de substances sont à l'origine des méfaits liés aux drogues au Canada. L'évolution de l'approvisionnement en drogues illicites et non réglementées est l'un des principaux facteurs expliquant la multiplication des méfaits. Au cours de la dernière décennie, le fentanyl a supplanté l'héroïne en tant que premier opioïde illicite dans la majeure partie du Canada et constitue désormais la principale cause de décès par surdose[16,17]. Le fentanyl est 20 à 40 fois plus puissant que l'héroïne, ce qui augmente considérablement le risque de surdose[18]. Des évènements récents, tels que la pandémie de COVID-19 et les fermetures de frontières consécutives, ont rendu l'approvisionnement en drogues illicites toxiques encore plus dangereux[19,20]. Depuis la pandémie de COVID-19, des opioïdes synthétiques encore plus puissants (p. ex. nitazènes, carfentanil) et des sédatifs (p. ex. benzodiazépines, xylazine, médétomidine) ont fait leur apparition ou font désormais partie intégrante du marché des drogues dans certaines régions[21–23].

Données probantes concernant la nécessité de disposer d'un éventail de services liés à l'usage de substances

Il est nécessaire de disposer d'un éventail de services liés à l'utilisation de substances, car aucune démarche ni aucun programme ne peuvent à eux seuls répondre aux besoins de chacun·e. Comme nous venons de le voir, l'utilisation de substances est un phénomène complexe. Pour défendre le droit à la santé des personnes qui utilisent des drogues, il faut disposer d'un éventail de services liés à l'usage de substances fondés sur des données probantes, accessibles et satisfaisants[24–26]. Cela signifie que les services doivent être fournis dans le respect des droits de ces personnes sur le plan de la sensibilisation et de l'information en matière de santé, de l'autonomie corporelle, de l'égalité et de la non-discrimination, des déterminants sociaux de la santé et d'une participation réelle aux prises de décisions[24–26]. Garantir l'accès à un éventail de services liés à l'usage de substances revient à reconnaître cette complexité et à donner aux personnes qui utilisent des drogues les meilleures chances de choisir les programmes et les mesures de soutien qu'elles recherchent et dont elles ont besoin à un moment donné.

Proposer un éventail de services est un moyen de favoriser l'autonomie des personnes qui utilisent des drogues. L'un des principes de la réduction des méfaits consiste à « prendre les gens tels qu'ils sont[27] ». En effet, les personnes peuvent recourir aux mêmes programmes en ayant des objectifs différents, à des moments différents, et en recherchant des résultats différents. Par exemple, les personnes peuvent utiliser les services de consommation supervisée (SCS) ou les sites de prévention des surdoses (SPS) pour réduire les risques immédiats liés à l'utilisation de substances (p. ex. les surdoses), mais à mesure qu'elles établissent une relation de confiance avec le personnel, elles pourront être orientées vers d'autres services sociaux et de santé, voire un traitement[28]. Compte tenu de la toxicité de l'approvisionnement en drogues illicites actuel[16,21], il est urgent de fournir les ressources et les mesures de soutien visant à préserver la vie des personnes concernées. Les services de réduction des méfaits à faible seuil d'accès sont essentiels dans cette perspective. Ils restent un élément important de l'éventail des services destinés aux personnes en quête d'un traitement, et contribuent notamment à assurer la sécurité des personnes en attente d'un traitement, en transition entre les services de traitement ou qui utilisent des substances après le traitement. Il est particulièrement important que les personnes qui utilisent des drogues ou d'autres substances après un traitement aient accès aux services de réduction des méfaits, car la perte de tolérance peut faire augmenter le risque de surdose[29].

Dans l'éventail des services, il peut arriver que les programmes de traitement et de réduction des méfaits se recoupent notablement. Les programmes de traitement fondés sur les pratiques exemplaires intègrent les principes de réduction des méfaits dans le cadre de tous leurs services de soins, et les programmes de réduction des méfaits peuvent être utiles aux personnes qui veulent recevoir un traitement[30]. Par exemple, les objectifs de l'approvisionnement plus sécuritaire, une approche émergente en matière de réduction des méfaits, rejoignent et recoupent ceux des programmes de traitement tels que le traitement par agonistes opioïdes (TAO) et le

TAO injectable[30,33,97]. Tous ces programmes dispensent des médicaments prescrits et permettent de réduire le risque de surdose[31,32] tout en soutenant les personnes dont l'objectif est de réduire leur utilisation de substances ou d'y renoncer tout à fait[33–36].

Données probantes concernant les approches relevant de l'éventail des services liés à l'usage de substances

La nécessité de disposer d'un éventail de services liés à l'usage de substances, parmi lesquels la réduction des méfaits et le traitement, se justifie par le fait qu'il est avéré que ces types de programmes permettent de réduire les méfaits liés aux drogues et d'aider les personnes qui en utilisent. Il est établi que les programmes de réduction des méfaits permettent de réduire les méfaits liés à l'utilisation de drogues, qu'ils sont rentables et qu'ils facilitent l'accès aux programmes de traitement[37,38]. Les programmes de traitement à participation volontaire, fondés sur des données probantes, peuvent aider les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'une substance à maîtriser, à réduire ou à cesser leur utilisation de drogues, et permettent de réduire les méfaits qui s'y rapportent[39]. L'efficacité des traitements involontaires ou forcés n'est pas étayée par des données probantes et leur mise en œuvre peut être associée à des violations des droits de la personne et à d'autres préjudices[40–44].

Les données probantes relatives aux services de réduction des méfaits varient suivant les programmes. Certains services de réduction des méfaits sont en place au Canada et à l'étranger depuis des dizaines d'années et leur efficacité est solidement étayée[38,45–47]. D'autres services de réduction des méfaits, au sujet desquels les données commencent à être publiées, ont été récemment mis en place au Canada pour faire face à la crise de santé publique liée aux décès résultant de la contamination des drogues[48,49]. Les programmes de réduction des méfaits peuvent être dispensés par des organismes spécialisés dans ce domaine ou par des associations de pairs, ou être intégrés à d'autres structures de soins de santé et de services sociaux. Les programmes de réduction des méfaits peuvent être financés par le régime public, soutenus par des dons ou administrés par des bénévoles. La disponibilité des programmes de réduction des méfaits n'est pas uniforme au Canada. Certains programmes de réduction des méfaits n'existent pas dans toutes les provinces et tous les territoires[50]. Lorsque ces services existent, les personnes visées peuvent être confrontées à de nombreux obstacles, notamment l'absence de services, des services qui ne répondent pas à leurs besoins en matière d'utilisation de substances et des horaires d'ouverture limités.

Les données probantes relatives aux services de traitement varient selon les programmes. L'efficacité de certains programmes de traitement est bien établie[35]. Cependant, certains programmes de traitement ne sont pas réglementés au Canada. Autrement dit, pour certains prestataires de traitement, l'obligation de rendre des comptes, l'établissement de rapports et le suivi des résultats des programmes ne sont pas très rigoureux[51–53]. Notons surtout qu'il faut parfois faire plusieurs tentatives pour que le traitement soit efficace, et de nombreuses personnes doivent essayer différents programmes pour déterminer lesquels, le cas échéant, leur conviennent[52]. Certaines personnes peuvent diminuer ou cesser leur utilisation de drogues sans avoir recours à des programmes de traitement officiels[4,54]. Les programmes de traitement peuvent varier à bien des égards : les services peuvent être fournis par des prestataires de services de santé agréés, par des prestataires non professionnels ou par les pairs des bénéficiaires; les programmes peuvent être proposés en milieu communautaire (en consultation externe), ou bien en milieu hospitalier ou en établissement; ils peuvent être administrés par des organismes privés à but lucratif ou par des organismes à but non lucratif; ils peuvent proposer des services fondés sur des données probantes (p. ex. TAO) ou non; les programmes peuvent être financés par le régime public ou fonctionner grâce à des paiements directs ou à des dons; et enfin, ils peuvent être axés sur l'abstinence ou sur les objectifs fixés par les personnes elles-mêmes[39,51,52]. Il est difficile de se faire une idée précise de la disponibilité et de l'accessibilité des programmes de traitement de qualité fondés sur des données probantes au Canada. Les éléments d'information disponibles indiquent que l'accès n'est pas uniforme en raison des délais d'attente, du coût et d'autres obstacles[51,52,55].

Programmes de distribution de matériel destiné à une utilisation de drogues à moindres risques

La distribution de matériel destiné à une utilisation de drogues à moindres risques consiste à fournir les articles nécessaires pour rendre les pratiques d'utilisation de substances à moindres risques (p. ex. pour s'injecter, fumer ou sniffer des drogues sans danger). La distribution de matériel d'injection, d'inhalation et de sniffage à moindres risques permet de limiter la réutilisation et le partage du matériel[56,57], une mesure qui s'est avérée efficace dans la prévention d'un large éventail de problèmes de santé[47] :

- les infections transmissibles par le sang telles que l'hépatite C et le VIH;
- les infections bactériennes graves telles que la cellulite, les abcès et l'endocardite;

- les lésions tissulaires (p. ex. coupures et brûlures de la bouche, lésions des veines, lésions des voies nasales).

Les programmes de distribution de matériel plus sécuritaire remplissent une fonction essentielle en matière de santé publique, non seulement par la distribution de matériel neuf, mais aussi par la collecte et l'élimination sécuritaires du matériel usagé. Dans le cadre de ces programmes, les taux de retour de matériel par rapport au matériel distribué sont généralement de 90 % ou plus, le matériel excédentaire étant souvent renvoyé à des programmes voisins, sans obligation de procéder à un échange « un contre un[58] ». Ainsi, l'accumulation de matériel ayant servi à l'utilisation de drogues dans la collectivité s'en trouve considérablement réduite.

Ces programmes constituent également un bon investissement. Il est avéré qu'ils sont rentables et qu'ils permettent d'économiser les coûts de santé liés au traitement des infections virales et bactériennes en contribuant à limiter la propagation des infections[37]. Selon une estimation, pour chaque dollar investi dans du matériel destiné à l'utilisation de drogues à moindres risques, le système de santé économise entre 1,30 et 5,50 $, par la seule prévention des infections par le VIH[37].

Il est important de relever que la distribution de matériel destiné à une utilisation de drogues à moindres risques ne permet pas seulement de réduire les risques associés à l'utilisation des drogues, mais aussi de créer des voies d'accès au traitement. Il ressort des études que les personnes qui ont accès à du matériel destiné à une utilisation de drogues à moindres risques sont plus susceptibles d'entamer un traitement que celles qui n'y ont pas accès[59]. On voit donc que la distribution de matériel destiné à une utilisation de drogues à moindres risques est un élément clé d'un continuum de services liés à l'utilisation de substances qui favorise la santé et le bien-être général des personnes qui utilisent des drogues.

L'accès au matériel destiné à une utilisation de drogues à moindres risques reste inégal. La panoplie complète de ce type de matériel n'est pas distribuée dans toutes les provinces et tous les territoires et, lorsque le matériel est disponible, il n'est pas toujours fourni en quantité suffisante[60]. Dans certaines provinces, des politiques restrictives et préjudiciables sont en vigueur, par exemple l'obligation d'échanger du matériel usagé pour avoir accès à du matériel neuf[61]. De multiples obstacles, allant de l'absence de soutien politique et stratégique aux horaires d'ouverture et aux points de service limités, peuvent restreindre l'accès au matériel d'utilisation de drogues à moindres risques en quantité suffisante dans certaines régions du Canada[62–64].

Services de consommation supervisée (SCS) et sites de prévention des surdoses (SPS)

Les SCS et les SPS proposent des espaces sécuritaires et supervisés dans lesquels on peut utiliser des drogues et où un personnel formé peut intervenir sur place en cas de surdose ou d'autres évènements indésirables. Le personnel des SCS fournit également du matériel destiné à une utilisation de drogues à moindres risques, de l'information en matière de santé et des orientations vers d'autres services. Il est établi que les SCS permettent[38,65,66] :

- de réduire le nombre de décès dus aux surdoses;
- de favoriser des pratiques d'utilisation de substances à moindres risques (p. ex. utilisation de matériel neuf à chaque injection) qui prémunissent contre l'hépatite C, le VIH et d'autres infections;
- d'améliorer l'accès aux soins de santé, y compris aux traitements et aux services de santé mentale;
- de réduire l'utilisation de drogues en public et le nombre de seringues abandonnées;
- de ne pas faire augmenter la criminalité ou la violence dans le voisinage.

On a constaté systématiquement que les SCS étaient rentables[65,67]. Ceux-ci permettent de réaliser des économies du fait de la prévention d'infections, telles que l'hépatite C et le VIH, de la réduction du nombre de décès dus aux surdoses et de la diminution des coûts et de la demande de services d'urgence liée à la prise en charge des surdoses sur place[65,68,69].

Les SCS viennent compléter d'autres éléments de l'éventail des services liés à l'usage de substances. Ils viennent compléter la distribution de matériel destiné à l'utilisation de substances à moindres risques en dispensant de l'information sur les pratiques à moindres risques et en favorisant leur adoption[45]. Ils viennent compléter les programmes de traitement en assurant l'arrimage aux soins : il est également établi que l'accès aux SCS permet d'augmenter le recours aux services de traitement, ce qui comprend la prise en charge du sevrage et le TAO[66]. Les SCS n'ont pas d'incidence sur les issues des traitements. Dans les communautés où existent des SCS, leur activité n'est pas corrélée avec une réduction du taux d'instauration des traitements chez les personnes qui utilisent des drogues, ni à l'augmentation du nombre de personnes qui recommencent à utiliser des substances après le traitement[38,65].

Actuellement, l'accès aux SCS est très limité au Canada. Il n'existe qu'un faible nombre de sites en activité, et dans certaines provinces et territoires, il n'y en a aucun[50]. En outre, même lorsque ces services sont disponibles, ils ne sont pas

souvent adaptés à toutes les formes d'utilisation de drogues, par exemple l'inhalation. Et pourtant, fumer est devenu le mode d'utilisation des drogues le plus courant, et il est corrélé avec la mortalité dans certaines régions[50,70–72]. Même lorsque les SCS existent, il arrive qu'ils ne soient pas ouverts au moment voulu ou qu'ils soient trop éloignés des personnes qui voudraient y avoir accès[73–75].

Les solutions de surveillance virtuelle, comme en propose le National Overdose Response Service (NORS), constituent des options supplémentaires de prévention des surdoses pour les personnes qui n'ont pas accès aux SCS et aux SPS. Les données émergentes tendent à indiquer que cette méthode permettrait de combler les lacunes dans l'accès aux SCS réels, qu'elle serait plus acceptable pour les femmes et les personnes de diverses identités de genre, et qu'elle serait économiquement avantageuse[75–79].

Distribution de naloxone

Les programmes de distribution de naloxone, qu'on appelle aussi de naloxone à emporter, consistent à apprendre aux personnes concernées comment réagir en cas de surdose d'opioïdes et à leur fournir de la naloxone. La naloxone est un antagoniste des opioïdes, ce qui signifie qu'elle bloque temporairement leurs effets. On l'utilise pour prévenir la mort et d'autres méfaits et pour contrer le cours d'une surdose d'opioïdes.

Les programmes de distribution de naloxone sont efficaces pour ce qui est de prévenir les décès dus aux surdoses d'opioïdes. Des revues systématiques portant sur ces programmes ont permis de constater qu'ils contribuent à une amélioration à long terme des connaissances sur les surdoses d'opioïdes, à une réduction de la mortalité liée aux opioïdes, et qu'il existe une forte corrélation entre la distribution de naloxone et la survie en cas de surdose[80–82]. La distribution de naloxone s'est avérée rentable et ne se traduit pas par une augmentation de l'utilisation de substances ou des pratiques d'utilisation de substances plus risquées[83–86].

L'accès à la naloxone varie considérablement selon les provinces et les territoires[87]. Chaque province ou territoire dispose de ses propres critères d'admissibilité à l'obtention d'une trousse de naloxone gratuite[87]. La stigmatisation de la part des prestataires de soins de santé peut empêcher les personnes qui utilisent des drogues de se procurer de la naloxone dans certaines régions, et les problèmes de transport et de distribution dans les régions rurales et éloignées peuvent constituer des obstacles à l'accès[87].

Analyse des drogues

Les programmes d'analyse des drogues ont pour objet de vérifier des échantillons de drogues illicites de manière à ce que les personnes concernées soient mieux renseignées sur le contenu des drogues qu'elles utilisent. Elles sont ainsi en mesure de prendre des décisions éclairées quant à leur utilisation des substances analysées. Les programmes d'analyse des drogues peuvent également faciliter la surveillance de l'approvisionnement en drogues non réglementées, en servant aux personnes qui en utilisent, aux prestataires de services de réduction des méfaits et de traitement, ainsi qu'aux décisionnaires, d'outil d'information quant à l'évolution des risques et des tendances dans leur communauté. Le contrôle de l'approvisionnement en drogues peut consister à déceler les substances attendues et inattendues, à déceler de nouvelles substances et à reconnaître les drogues dangereuses[49]. Les méthodes les plus courantes d'analyse des drogues consistent à fournir aux personnes concernées des bandelettes réactives permettant de déceler la présence de certaines substances (p. ex. fentanyl, benzodiazépines, xylazine) ou à leur demander de fournir un petit échantillon de leur drogue à un·e technicien·ne qualifié·e qui l'analysera à l'aide de techniques de pointe[88].

Les programmes d'analyse des drogues permettent de réduire les méfaits imputables à l'approvisionnement illicite. L'accès à l'information concernant le contenu des drogues favorise l'autonomie des personnes concernées et les aide à prendre des décisions éclairées[89]. Une revue systématique a permis de constater que les services de vérification du contenu des drogues peuvent exercer une influence sur les intentions et les actions des personnes concernées[49]. Il a été établi que les renseignements fournis par les services d'analyse des drogues modifient les comportements dans le sens d'une réduction des risques de surdose (p. ex. faire une piqûre d'essai, diminuer la dose, ne pas prendre de drogues en solitaire)[49]. Il est possible que ce type de services ait une incidence sur les marchés locaux de la drogue. Les personnes qui utilisent des drogues ont déclaré que les renseignements ainsi obtenus leur permettaient de prendre des décisions éclairées concernant leurs drogues, ce qui, avec le temps, pourrait encourager les personnes qui produisent ou vendent des drogues à s'assurer que leurs produits répondent mieux aux attentes des utilisateur·trice·s[89].

Même si l'analyse des drogues s'est rapidement étendue au Canada au vu des méfaits croissants de l'approvisionnement non réglementé, la disponibilité de ces services varie considérablement d'une région à l'autre[89,90]. Ils n'existent pas dans toutes les communautés, provinces ou tous les territoires. Selon les personnes qui utilisent des drogues, les obstacles

en matière d'analyse des drogues consistent à ne pas savoir où se trouvent les services et à ne pas disposer de ce type de programme dans la région[91].

Approvisionnement plus sécuritaire

L'approvisionnement plus sécuritaire consiste à proposer des produits de qualité pharmaceutique en remplacement des drogues issues de l'approvisionnement non réglementé et soulevant pour les personnes concernées un risque élevé de toxicité et d'autres méfaits. Il s'agit d'une approche qui vise à réduire le risque de décès par surdose et à préserver la santé des personnes concernées. Les participant·e·s aux programmes d'approvisionnement plus sécuritaire sont souvent des personnes dont les besoins n'ont pas été satisfaits par les démarches thérapeutiques classiques, telles que le TAO. L'approvisionnement plus sécuritaire est fondé sur les principes et les pratiques de la réduction des méfaits et s'appuie sur les données probantes relatives aux démarches thérapeutiques, telles que le TAO et le TAO injectable.

Les données relatives à l'approvisionnement plus sécuritaire évoluent rapidement. Les études menées jusqu'ici tendent à indiquer que les participant·e·s aux programmes d'approvisionnement plus sécuritaire obtiennent toute une série de résultats favorables. Il est établi qu'un approvisionnement plus sécuritaire peut contribuer, entre autres, à[31,34,48,92–95] :

- réduire le risque de décès lié à la contamination des drogues;
- améliorer les issues de santé et sociales (p. ex. réduction de l'utilisation de drogues non réglementées, réduction des hospitalisations liées aux opioïdes et amélioration de l'accès au traitement des infections, telles que l'hépatite C et le VIH).

Les données émergentes tendent à montrer que l'approvisionnement plus sécuritaire vient compléter d'autres services liés à l'usage de substances. L'approvisionnement plus sécuritaire peut améliorer l'accès au traitement : il a été associé à une probabilité accrue de recevoir un TAO[96], et il permet aux personnes d'entamer et de poursuivre un TAO[97], d'une part, et de stabiliser et de maîtriser leur utilisation de drogues, de l'autre[98]. Une étude comparative récente a permis de constater des résultats analogues entre les personnes qui ont reçu un TAO et celles qui ont bénéficié d'un approvisionnement plus sécuritaire; les effets toxiques des opioïdes, le recours aux soins de santé, les nouvelles infections et les coûts des soins de santé ayant diminué dans les deux groupes[99].

L'accès à des sources d'approvisionnement plus sécuritaire est très limité au Canada, et il existe des disparités entre les provinces et les territoires, ainsi qu'entre les régions urbaines et rurales[100–102]. Il ressort des études que des obstacles à un approvisionnement plus sécuritaire se présentent au niveau des politiques, des prescripteur·trice·s et des programmes[34,103]. Les récentes coupures de financement et mesures de restriction des programmes risquent de limiter davantage l'accès aux sources d'approvisionnement plus sécuritaire.

Traitement par agonistes opioïdes (TAO) et traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi)

Le TAO et le TAO injectable sont des traitements fondés sur des données probantes destinés aux personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes[35,36,104].

Le TAO consiste à prescrire des médicaments qui réduisent les envies irrépressibles et les symptômes de sevrage, de manière à prendre en charge le trouble lié à l'usage d'opioïdes. Les médicaments administrés dans le cadre du TAO sont des opioïdes à longue durée d'action qui se lient aux mêmes récepteurs que les opioïdes illicites, de manière à prévenir les symptômes de sevrage sans produire d'effets psychoactifs. Au Canada, les médicaments utilisés dans le cadre du TAO sont la méthadone, la buprénorphine et la morphine orale à libération lente[104]. Le TAO à base de méthadone ou de buprénorphine est le traitement de première intention privilégié en cas de trouble lié à l'usage d'opioïdes. Le TAO peut être associé à d'autres types de programmes thérapeutiques (p. ex. consultation psychosociale) en vue de favoriser la persévérance[35,104].

Le TAO injectable consiste à prescrire des médicaments injectables aux personnes qui ont essayé le TAO, mais n'en ont pas tiré profit. L'objectif principal du TAO injectable est d'améliorer la santé des individus en réduisant le risque de surdose et d'autres méfaits médicaux et sociaux associés à l'injection de drogues illicites[105]. L'objectif secondaire est d'inciter les personnes qui n'ont pas bénéficié du TAO standard à recevoir des soins[105]. Les médicaments utilisés dans le cadre du TAO injectable sont la diacétylmorphine (héroïne de qualité pharmaceutique) et l'hydromorphone injectable. Ils peuvent être prescrits par un médecin à une personne qui n'a pas tiré profit du TAO standard[36]. Les personnes qui reçoivent un TAO injectable peuvent également se voir prescrire des médicaments destinés à prévenir les symptômes de sevrage et les envies irrépressibles entre les doses ou pendant la nuit. Les personnes qui reçoivent un TAO injectable peuvent être orientées vers d'autres services de santé et sociaux, notamment vers d'autres programmes de traitement[105].

Le TAO et le TAO injectable occupent tous deux une place importante dans l'éventail des services liés à l'usage de substances. Ils servent à traiter le trouble lié à l'usage d'opioïdes en permettant de réduire l'utilisation d'opioïdes,

les méfaits liés à cette utilisation et le risque de décès[35,36,104]. Le TAO est associé à une réduction du risque de décès toutes causes confondues, à une réduction du risque de surdose[32] et à une réduction du risque de transmission de l'hépatite C et du VIH[106,107]. Le risque de transmission de l'hépatite C et du VIH est encore plus faible lorsque le TAO est combiné à la distribution de matériel destiné à une utilisation de drogues à moindres risques[57,106].

Au Canada, l'accès au TAO et au TAO injectable et la poursuite des traitements ne vont pas sans difficulté[100,108–113]. Il ressort des données que le TAO n'est pas uniformément accessible dans toutes les provinces et tous les territoires[60]. Les médecins de premier recours sont les prestataires de soins les plus susceptibles de prescrire un traitement contre le trouble lié à l'usage de substances, comme le TAO[114], mais l'accès au TAO en soins primaires est limité (p. ex. seulement 2 % des équipes de santé familiale et 7 % des centres de santé communautaire de l'Ontario dispensent le TAO)[53]. D'après certaines études de recherche, les obstacles courants à l'accès aux TAO et à la poursuite du traitement sont notamment les conditions strictes de participation au programme (p. ex. visites quotidiennes à la pharmacie), le nombre limité de prescripteur·trice·s, et la stigmatisation et la discrimination de la part des prestataires de soins de santé (p. ex. culpabilisation au moment d'obtenir des ordonnances, pratiques de dépistage de drogues dans l'urine qui portent atteinte à la vie privée)[112]. En outre, il est fréquent que les prestataires de TAO n'offrent pas des services plus complets, par exemple des soins primaires, des conseils ou un soutien en matière de santé mentale[53]. Cela peut se traduire par des disparités dans la prise en charge des personnes qui reçoivent un TAO[115]. Si la poursuite du traitement est beaucoup plus soutenue dans le cas du TAO injectable que dans celui du TAO, l'accès au TAO injectable est extrêmement limité[105,113,116]. En 2020, il existait 19 programmes de TAO injectable accueillant un peu plus de 400 personnes dans tout le Canada[100].

Traitement psychosocial et autres types de traitement

Les programmes psychosociaux et autres types de traitement comprennent un large éventail de démarches thérapeutiques (p. ex. prise en charge du sevrage, counseling, soutien par les pairs, traitement en établissement). Ces démarches remplissent différentes fonctions dans le traitement des divers types de troubles liés à l'usage de substances.

On peut associer des interventions psychosociales au TAO afin de favoriser la poursuite du traitement chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes[104]. Dans le cas du trouble lié à l'usage de stimulants, les approches psychosociales, telles que la gestion des contingences et la thérapie cognitivo-comportementale, constituent la norme de soins[117]. La méthode de l'organisation des contingences, qui consiste à offrir des récompenses (p. ex. de l'argent, des cartes-cadeaux ou d'autres rétributions) pour encourager l'abstinence prolongée, semble être la plus efficace[118,119]. Des études sont actuellement menées pour déterminer s'il est possible de combiner le traitement psychosocial et des médicaments pour soigner le trouble lié à l'usage de stimulants[120].

La prise en charge du sevrage (« la désintox ») n'est pas recommandée comme seule intervention chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes; elle doit s'accompagner d'un arrimage au TAO ou d'un autre traitement en continu[35,121]. En effet, la prise en charge du sevrage seule est associée à un risque accru de reprise de l'utilisation de drogues illicites, de transmission de l'hépatite C et du VIH et de décès par surdose[35]. Malgré cet état de fait, seule une minorité de personnes bénéficiant d'une prise en charge du sevrage sont arrimées à un TAO ou à d'autres services de traitement suivi dans le mois qui suit leur congé[122]. La prise en charge du sevrage des stimulants doit concerner les symptômes du sevrage et comporter une orientation vers une thérapie de longue durée (p. ex. gestion des contingences, thérapie cognitivo-comportementale)[121].

L'accès aux traitements psychosociaux et aux autres types de traitements est limité au Canada. Les obstacles au traitement sont d'ordre individuel, social et structurel[123]. Par exemple, il n'existe pas de normes ou de réglementations uniformes en matière de services de traitement en établissement, ce qui limite la mise en œuvre d'approches thérapeutiques fondées sur les pratiques exemplaires et complique la recherche d'un traitement de qualité, fondé sur des données probantes[51]. La mise en œuvre du TAO n'est possible que dans le cadre de très peu de programmes de traitement psychosocial et en établissement. Certains programmes de traitement (en établissement, notamment) n'admettent pas les personnes qui suivent d'autres formes de traitement, comme un TAO[124]. En outre, les personnes concernées peuvent se heurter à des obstacles au moment d'accéder aux services existants. Ainsi, les longs délais d'attente (p. ex. un délai moyen de 20 à 100 jours)[125,126], les obstacles financiers (p. ex. les programmes de traitement en établissement privé qui coûtent des milliers de dollars et ne sont pas forcément conformes aux meilleures pratiques)[51] et les obstacles géographiques (p. ex. devoir parcourir de longues distances pour accéder au traitement) sont autant de facteurs qui peuvent limiter l'accessibilité des services psychosociaux et d'autres services de traitement. On constate également une interruption des soins entre les services de traitement, ce qui peut créer des obstacles et entraver la participation aux programmes de traitement[122].

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. *Spectre de la consommation de substances*. Ottawa (Ont.) : Santé Canada, 2022. Disponible au : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/spectre-consommation-substances-infographie.html
2. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). *World Drug Report 2015*. Vienne : ONUDC Research; 2015. Disponible au : https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
3. Santiago Rivera OJ, Havens JR, Parker MA *et al.* Risk of heroin dependence in newly incident heroin users. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(8):863-4.
4. Jones CM, Noonan RK, Compton WM. Prevalence and correlates of ever having a substance use problem and substance use recovery status among adults in the United States, 2018. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020 Sep 1;214.
5. Leza L, Siria S, López-Goñi JJ *et al.* Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): a scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2021;221(November 2020):108563.
6. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ *et al.* Epidemiology of DSM-5 drug use disorder results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-III. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(1):39-47.
7. Rhodes T. The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*. 2002 Jun;13(2): 85-94. Disponible au : http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395902000075
8. Collins AB, Boyd J, Cooper HLF *et al.* The intersectional risk environment of people who use drugs. *Social Science & Medicine*. 2019;234:112384. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112384
9. Groupe de travail sur la surveillance des surdoses et décès liés aux drogues au nom du Conseil des médecins hygiénistes en chef. *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada, mars 2025. Disponible au : https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html
10. Popovic N, Williams A, Périnet S. Estimations nationales de l'hépatite C : incidence, prévalence, proportion non diagnostiquée et traitement, Canada, 2019. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2022;48(11/12) : 594-605. https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i1112a07f
11. Agence de la santé publique du Canada. *Le VIH au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2022*. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2024. Disponible au : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-canada-rapport-surveillance-31-decembre-2022.html
12. Maguire DJ, Arora RC, Hiebert BM *et al.* The epidemiology of endocarditis in Manitoba: a retrospective study. *CJC Open*. 2021 Dec 1;3(12):1471-81.
13. Gomes T, Kitchen SA, Tailor L *et al.* Trends in hospitalizations for serious infections among people with opioid use disorder in Ontario, Canada. *Journal of Addiction Medicine*. 2022;16(4):433-9.
14. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2020)*. Ottawa : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023. Disponible au : https://cemusc.ca/assets/documents/reports/francais/Canadian-Substance-Use-Costs-and-Harms-Report-2007-2020-fr.pdf
15. Stephenson E. *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada, 2023. Disponible au : https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.pdf?st=MRdOTuR9
16. Service d'analyse des drogues de Santé Canada. *Pleins feux : L'évolution du fentanyl au Canada au cours des 11 dernières années*. Longueuil (Qc) : Santé Canada; mars 2023. Disponible au : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/evolution-fentanyl-canada-11-annees.html
17. Kleinman RA. Fentanyl, carfentanil and other fentanyl analogues in Canada's illicit opioid supply: a cross-sectional study. *Drug and Alcohol Dependence Reports*. 2024 Sep;12:100240.
18. Santé Canada. *Fentanyl*. Ottawa : Santé Canada; 2024. Disponible au : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/fentanyl.html

19. Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada, U.S. Department of Health and Human Services. *Livre blanc conjoint Canada–États-Unis : Consommation de substances et méfaits pendant la pandémie de covid-19 et approches de la surveillance et réponses fédérales*. Ottawa (Ont.) et Washington (D.-Cc) : Santé Canada; 2022. Disponible au : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/livre-blanc-canada-etats-unis-consommation-substances-mefaits-pendant-pandemie-covid-19-approches-surveillance-reponses-federales.html

20. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020. Disponible au : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-05/CCSA-COVID-CCENDU-19-Illegal-Drug-Supply-Alert-2020-fr.pdf

21. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Nitazenes (Alerte du RCCET)*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2022. Disponible au : https://www.ccsa.ca/fr/nitazenes-alerte-du-rccet

22. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Risques et dangers associés aux benzodiazépines d'usage non médical dans la drogue obtenue illégalement au Canada (Bulletin du RCCET).* Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2021. Disponible au : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-12/CCSA-CCENDU-Nonmedical-Use-Benzodiazepines-Unregulated-Drug-Supply-Bulletin-2021-fr.pdf

23. Gilbert ML, Maurice-Gelinas C, Rodrigues J *et al. Pleins feux : L'émergence de la xylazine au Canada*. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2023. Disponible au : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/emergence-xylazine-canada/emergence-xylazine-canada-fr.pdf

24. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). *World Drug Report 2024*. Vienne : ONUDC; 2024. Disponible au : https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/WDR24_Contemporary_issues.pdf

25. Ritter A, Barrett L. People who use drugs and the right to health. *Harm Reduction Journal*. 2024;21:215. https://doi.org/10.1186/s12954-024-01132-5

26. Mofokeng T. *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health: Harm Reduction for Sustainable Peace and Development*. New York (NY) : United Nations General Assembly; 2024. Disponible au : https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n24/213/38/pdf/n2421338.pdf

27. Harm Reduction International. *What is Harm Reduction? A Position Statement from Harm Reduction International.* London (UK) : Harm Reduction International; 2018. Disponible au : https://www.hri.global/what-is-harm-reduction

28. Stevens A, Keemink JR, Shirley-Beavan S *et al.* Overdose prevention centres as spaces of safety, trust and inclusion: a causal pathway based on a realist review. *Drug and Alcohol Review*. 2024;43:1573-91.

29. Brandt L, Hu MC, Liu Y *et al.* Risk of experiencing an overdose event for patients undergoing treatment with medication for opioid use disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2023 May 1;180(5) : 386-94.

30. L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). *Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes*. Montréal (Qc) : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2024. Disponible au : https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2024/05/ESCODI-Guide-clinique-quebecois-TUO-2024.pdf.

31. Slaunwhite A, Min JE, Palis H *et al.* Effect of risk mitigation guidance for opioid and stimulant dispensations on mortality and acute care visits during dual public health emergencies: retrospective cohort study. *BMJ*. 2024;384:e076336.

32. Santo JR T, Brodie Clark, Matt Hickman *et al.* Association of opioid agonist treatment with all-cause mortality and specific causes of death among people with opioid dependence. *JAMA Psychiatry*. 2021 Sep;78(9) : 979-93.

33. Gagnon M, Rudzinski K, Guta A *et al.* Impact of safer supply programs on injection practices: client and provider experiences in Ontario, Canada. *Harm Reduction Journal*. 2023 Jun 28;20(1):81.

34. McMurchy D, Palmer RH. *Assessment of the Implementation of Safer Supply Pilot Projects.* Ottawa (Ont.) : Controlled Substances and Cannabis Branch, Santé Canada; 2022. Disponible au : https://www.substanceusehealth.ca/sites/default/files/resources/2022-03-safer_supply_preliminary_assessment_report_en_0.pdf

35. Bruneau J, Ahamad K, Goyer MÈ *et al.* Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ*. 2018;190:E247-57.

36. Fairbairn N, Ross J, Trew M *et al.* Injectable opioid agonist treatment for opioid use disorder: a national clinical guideline. *CMAJ*. 2019;191(38):E1049-56.

37. Wilson DP, Donald B, Shattock AJ *et al.* The cost-effectiveness of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*. 2015;26(S1):S5-11. Disponible au : http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.11.007

38. Potier C, Laprévote V, Dubois-Arber F *et al.* Supervised injection services : What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014;145:48-68.

39. Konefal S, Maloney-Hall B, Urbanoski K *et al. Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : Données de 2016-2018*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2021. Disponible au : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-01/CCSA-National-Treatment-Indicators-2016-2018-Data-Report-2021-fr_0.pdf

40. Pilarinos A, Barker B, Nosova E *et al.* Coercion into addiction treatment and subsequent substance use patterns among people who use illicit drugs in Vancouver, Canada. *Addiction*. 2020 Jan 1;115(1): 97-106.

41. Werb D, Kamarulzaman A, Meacham MC *et al.* The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*. 2016;28:1-9.

42. Ledberg A, Reitan T. Increased risk of death immediately after discharge from compulsory care for substance abuse. *Drug and Alcohol Dependence*. 2022 Jul 1;236.

43. Bahji A, Leger P, Nidumolu A *et al.* Effectiveness of involuntary treatment for individuals with substance use disorders: a systematic review. *Canadian Journal of Addiction*. 2023 Dec;14(4):6-18.

44. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Traitement involontaire du trouble lié à l'usage de substances grave*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2025 Feb. Disponible au : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2025-02/Involuntary-Treatment-Evidence-Brief-fr.pdf

45. Wood E, Tyndall MW, Montaner JSG *et al.* Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injection facility. *CMAJ*. 2006;175(11): 1399-404.

46. Hayle S. The politics of harm reduction: comparing the historical development of needle exchange policy in Canada and the UK between 1985 and 1995. *Social History of Alcohol and Drugs*. 2018;32:81-103.

47. Strike C, Miskovic M, Perri M *et al. 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*. Toronto (Ont.) : Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada, 2021. Disponible au : https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-11/3382_CATIE_CarolStrike_BestPracticeRecommendations_2021-FR-Final.pdf

48. Ledlie S, Garg R, Cheng C *et al.* Prescribed safer opioid supply: a scoping review of the evidence. *International Journal of Drug Policy*. 2024 Mar;125:104339.

49. Maghsoudi N, Tanguay J, Scarfone K *et al.* Drug checking services for people who use drugs: a systematic review. *Addiction*. 2022;117(3): 532-44.

50. Santé Canada. *Carte interactive : La réponse du Canada à la crise de surdose d'opioïdes*. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2025. Disponible au : https://sante.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/opioides/repondre-crise-opioides-canada/carte.html

51. Craig M, Notarandrea R. *La responsabilisation pour des services sûrs et de qualité en traitement de la dépendance avec hébergement*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023. Disponible au : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-05/Accountability-in-Bed-Based-Addiction-Treatment-fr.pdf

52. Association canadienne de santé publique. *Démarches de santé publique à l'égard de la crise des drogues toxiques*. Ottawa (Ont.) : Association canadienne de santé publique, 2025. Disponible au : https://www.cpha.ca/fr/crise-drogues-toxiques

53. Bureau du vérificateur général de l'Ontario. *Audit de performance : Mise en œuvre et surveillance de la stratégie ontarienne relative aux opioïdes*. Toronto (Ont.) : Bureau du vérificateur général de l'Ontario; 2024. Disponible au : https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr24/pa_ONopioid_fr24.pdf

54. Lewis M. *The Biology of Desire: Why Addiction is Not a Disease*. Toronto (Ont.) : Anchor Canada; 2016.

55. Taha S. *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2018. Disponible au : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-fr.pdf

56. Palmateer N, Kimber J, Hickman M *et al.* Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*. 2010;105(5):844-59.

57. Palmateer N, Hamill V, Bergenstrom A *et al.* Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020). *International Journal of Drug Policy.* 2022;109:103872.

58. Ksobiech K. Return rates for needle exchange programs: a common criticism answered. *Harm Reduction Journal*. 2004 Apr 19;1(1):2.

59. Jakubowski A, Fowler S, Fox AD. Three decades of research in substance use disorder treatment for syringe services program participants: a scoping review of the literature. *Addiction Science and Clinical Practice*. 2023 Dec 1;18(1):40.

60. Jacka B, Larney S, Degenhardt L *et al.* Prevalence of injecting drug use and coverage of interventions to prevent HIV and hepatitis C virus infection among people who inject drugs in Canada. *American Journal of Public Health*. 2020 Jan;110(1) : 45-50.

61. Quon A. Experts condemn Sask.'s move to stop providing pipes, limit needle exchanges. *CBC News*. 2024 Jan 18. Disponible au : https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/sask-drug-policy-1.7087683

62. Hyshka E, Anderson-Baron J, Karekezi K *et al.* Harm reduction in name, but not substance: a comparative analysis of current Canadian provincial and territorial policy frameworks. *Harm Reduction Journal*. 2017 14(1):50.

63. Réseau juridique canadien VIH/sida. *Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada*. Toronto (Ont.) : Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2007. Disponible au : https://www.hivlegalnetwork.ca/site/sticking-points-barriers-to-access-to-needle-and-syringe-programs-in-canada/?lang=fr

64. Lynn J. Saskatchewan restricts needle exchange, makes changes to harm reduction funding. *CTV News Saskatoon*. 2024 Jan 18. Disponible au : https://saskatoon.ctvnews.ca/saskatchewan-restricts-needle-exchange-makes-changes-to-harm-reduction-funding-1.6731895

65. Kennedy MC, Karamouzian M, Kerr T. Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports*. 2017;14(5):161-83.

66. Levengood TW, Yoon GH, Davoust MJ *et al.* Supervised injection facilities as harm reduction: a systematic review. Vol. 61, *American Journal of Preventive Medicine*. 2021; 61:738-49.

67. Andresen MA, Boyd N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*. 2010;21(1): 70-6.

68. Pinkerton SD. How many HIV infections are prevented by Vancouver Canada's supervised injection facility? *International Journal of Drug Policy*. 2011;22(3):179-83. Disponible au : http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.03.003

69. Khair S, Eastwood CA, Lu M *et al.* Supervised consumption site enables cost savings by avoiding emergency services: a cost analysis study. *Harm Reduction Journal*. 2022 Dec 28;19(1):32.

70. Alberta Health. *Opioid-related Deaths in Alberta in 2017: Review of Medical Examiner Data*. Edmonton (AB) : Alberta Health; 2019. Disponible au : https://open.alberta.ca/publications/9781460143421

71. Ontario Drug Policy Research Network, Office of the Chief Coroner for Ontario/Ontario Forensic Pathology Service, Santé publique Ontario *et al. Preliminary Patterns in Circumstances Surrounding Opioid-Related Deaths in Ontario during the COVID-19 Pandemic*. Toronto (Ont.) : Public Health Ontario/Santé publique Ontario, 2020. Disponible au : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/o/2020/opioid-mortality-covid-surveillance-report.pdf?la=en

72. BC Coroners Service. *Illicit Drug Toxicity Deaths in BC Knowledge Update: Mode of Consumption*. Burnaby (BC) : BC Coroners Service; 2021. Disponible au : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/bccs_illicit_drug_mode_of_consumption_2016-2021.pdf

73. Rammohan I, Gaines T, Scheim A *et al.* Overdose mortality incidence and supervised consumption services in Toronto, Canada: an ecological study and spatial analysis. *The Lancet Public Health*. 2024 Feb 1;9(2): e79-87.

74. Bayoumi AM, Wu M, Pogacar F *et al. Estimating the Effects of Closing Supervised Consumption Sites in Toronto*. Toronto (Ont.) : MAP Centre for Urban Health Solutions; 2024. Disponible au : https://odprn.ca/wp-content/uploads/2024/11/Estimating-the-Effects-of-Closing-Supervised-Consumption-Sites-in-Toronto.pdf

75. Mocanu V, Viste D, Rioux W *et al.* Accessibility gaps of physical supervised consumption sites in Canada motivating the use of overdose response technology/phone based virtual overdose response services: a retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health - Americas*. 2024 Jun 1;34:100770.

76. Rioux W, Enns B, Jackson J *et al.* A cost benefit analysis of a virtual overdose monitoring service/mobile overdose response service : the national overdose response service. *Substance Abuse : Treatment, Prevention, and Policy*. 2023 Dec 1;18(1):57.

77. Rioux W, Enns B, Ghosh SM. Virtual overdose monitoring services/mobile overdose response services : estimated number of potentially averted drug poisoning fatality events by various telephone and digital-based overdose prevention/harm reduction services in North America. *Frontiers in Public Health*. 2023 Oct 19;11:1242795.

78. Rioux W, Taplay P, Morris-Miller L *et al.* Implementing Canada's first national virtual phone based overdose prevention service: lessons learned from creating the National Overdose Response Service (NORS). *Harm Reduction Journal*. 2024 Dec 1;21(1):102.

79. Viste D, Rioux W, Cristall N *et al.* Association of drug overdoses and user characteristics of Canada's national mobile/virtual overdose response hotline: the National Overdose Response Service (NORS). *BMC Public Health*. 2023 Sep 27;23(1):1869.

80. McDonald R, Strang J. Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. *Addiction*. 2016;111(7):1177-87.

81. Razaghizad A, Windle SB, Filion KB *et al.* The effect of overdose education and naloxone distribution: an umbrella review of systematic reviews. *American Journal of Public Health*. 2021;111(8):1516-17.

82. Fischer LS, Asher A, Stein R *et al.* Effectiveness of naloxone distribution in community settings to reduce opioid overdose deaths among people who use drugs: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2025 Mar 25;25(1):1135.

83. Coffin PO, Sullivan SD. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. *Annals of Internal Medicine*. 2013 Jan 1;158(1):1-9.

84. Tse WC, Djordjevic F, Borja V *et al.* Does naloxone provision lead to increased substance use? A systematic review to assess if there is evidence of a 'moral hazard' associated with naloxone supply. *International Journal of Drug Policy*. 2022 Feb;100:103513.

85. Townsend T, Blostein F, Doan T *et al.* Cost-effectiveness analysis of alternative naloxone distribution strategies: first responder and lay distribution in the United States. *International Journal of Drug Policy*. 2020 Jan;75:102536.

86. Crabtree A, Masuda JR. Naloxone urban legends and the opioid crisis: What is the role of public health? *BMC Public Health*. 2019;19(1):670.

87. Moustaqim-Barrette A, Elton-Marshall T, Leece P *et al. Environmental Scan: Naloxone Access and Distribution in Canada.* Vancouver (BC) : Canadian Research Initiative in Substance Matters/ Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives, 2019. Disponible au : https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/06/CRISM_Enviro-Scan_Final-Draft_June18.pdf

88. McCrae K, Tobias S, Stunden C. *Drug Checking Operational Technician Manual*. Vancouver (BC) : British Columbia Centre on Substance Use; 2019. https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2019/03/BCCSU-Technician-Manual-March-2019.pdf

89. Moran L, Ondocsin J, Outram S *et al.* How do we understand the value of drug checking as a component of harm reduction services? A qualitative exploration of client and provider perspectives. *Harm Reduction Journal*. 2024 Dec 1;21(1):92.

90. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Une étude contextuelle sur les services d'analyse de drogues offerts au Canada : rapport final*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2024. Disponible au : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2024-12/Drug-Checking-Environmental-Scan-2024-fr.pdf

91. Tobias S, Ferguson M, Palis H *et al.* Motivators of and barriers to drug checking engagement in British Columbia, Canada: findings from a cross-sectional study. *International Journal of Drug Policy*. 2024 Jan 1;123: 104290.

92. Gomes T, Kolla G, McCormack D *et al.* Clinical outcomes and health care costs among people entering a safer opioid supply program in Ontario. *CMAJ*. 2022 Sep 19; 194(36):E1233-42.

93. Haines M, O'Byrne P. Nurse-led safer opioid supply and HIV pre-exposure prophylaxis: a novel pilot project. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*. 2022;9: 204993612210914.

94. Kolla G, Fajber K. *Safer Opioid Supply Program Evaluation: A Comparison of SOS Client Outcomes from 2022 and 2023*. London (Ont.): Substance Use Health Network; 2023 Sep. Disponible au : https://www.substanceusehealth.ca/resource/safer-opioid-supply-program-evaluation-comparison-sos-client-outcomes-2022-and-2023

95. Kolla G, Long C, Perri M *et al. Safer Opioid Supply Program: Preliminary Report*. London (Ont.) : London InterCommunity Health Centre; 2021. Disponible au : https://lihc.on.ca/wp-content/uploads/2022/01/2021-SOS-Evaluation-Full.pdf

96. Min JE, Guerra-Alejos BC, Yan R *et al.* Opioid coprescription through risk mitigation guidance and opioid agonist treatment receipt. *JAMA Network Open*. 2024 May 15;7(5):E2411389.

97. Giang K, Charlesworth R, Thulien M *et al.* Risk mitigation guidance and safer supply prescribing among young people who use drugs in the context of COVID-19 and overdose emergencies. *International Journal of Drug Policy*. 2023 May 1;115.

98. McNeil R, Fleming T, Mayer S *et al.* Implementation of safe supply alternatives during intersecting COVID-19 and overdose health emergencies in British Columbia, Canada, 2021. *American Journal of Public Health*. 2022;112(S2):S151-8.

99. Gomes T, McCormack D, Kolla G *et al.* Comparing the effects of prescribed safer opioid supply and methadone in Ontario, Canada: a population-based matched cohort study. *The Lancet Public Health*. 2025;10(5): e412-21.

100. Glegg S, Mccrae K, Kolla G *et al.* "COVID just kind of opened a can of whoop-ass" : the rapid growth of safer supply prescribing during the pandemic documented through an environmental scan of addiction and harm reduction services in Canada. *International Journal of Drug Policy.* 2022;106:103742.

101. BC Coroners Service Death Review Panel. *BC Coroners Service Death Review Panel : An Urgent Response to a Continuing Crisis*. Burnaby (BC) : BC Coroners Service; 2023. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/an_urgent_response_to_a_continuing_crisis_report.pdf

102. BC Centre for Disease Control. *Unregulated Drug Poisoning Emergency Dashboard*. Vancouver (BC) : BC Centre for Disease Control; 2024. Disponible au : http://www.bccdc.ca/health-professionals/data-reports/substance-use-harm-reduction-dashboard

103. Pauly B, Kurz M, Dale LM *et al.* Implementation of pharmaceutical alternatives to a toxic drug supply in British Columbia: a mixed methods study. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*. 2024;161:209341.

104. Yakovenko I, Mukaneza Y, Germé K *et al.* Prise en charge du trouble lié à l'usage d'opioïdes : mise à jour 2024 du guide de pratique clinique nationale. *CMAJ*. 2024 Nov 12;196(38):E1280-90. Disponible au : https://www.cmaj.ca/content/197/4/E99/T2

105. British Columbia Centre on Substance Use. *Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment*. Vancouver (BC) : British Columbia Centre on Substance Use; 2021. Disponible au : https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2021/07/BC_iOAT_Guideline.pdf

106. Platt L, Minozzi S, Reed J *et al.* Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Addiction*. 2018;113:545-63.

107. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N *et al.* Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345(7879):e5945.

108. Priest KC, Gorfinkel L, Klimas J *et al.* Comparing Canadian and United States opioid agonist therapy policies. *International Journal of Drug Policy*. 2019 Dec 1; 74:257-65.

109. Iacono A, Wang T, Tadrous M *et al.* Characteristics, treatment patterns and retention with extended-release subcutaneous buprenorphine for opioid use disorder: a population-based cohort study in Ontario, Canada. *Drug and Alcohol Dependence*. 2024 Jan 1;254:111032.

110. Pijl EM, Alraja A, Duff E *et al.* Barriers and facilitators to opioid agonist therapy in rural and remote communities in Canada: an integrative review. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*. 2022;17(1):62.

111. Yazdani K, Dolguikh K, Ye M *et al.* Characterizing opioid agonist therapy uptake and factors associated with treatment retention among people with HIV in British Columbia, Canada. *Preventive Medicine Reports*. 2023;35:102305.

112. Socías ME, Dong H, Wood E *et al.* Trajectories of retention in opioid agonist therapy in a Canadian setting. *International Journal of Drug Policy*. 2020 Mar 1;77: 102696.

113. Eydt E, Glegg S, Sutherland C *et al.* Service delivery models for injectable opioid agonist treatment in Canada: 2 sequential environmental scans. *CMAJ Open*. 2021; 9(1):E115-24.

114. McEachern J, Ahamad K, Nolan S *et al.* A needs assessment of the number of comprehensive addiction care physicians required in a Canadian setting. *Journal of Addiction Medicine*. 2016 Aug 1;10(4):255-61.

115. George TP, Welsh L, Franchuk SL *et al.* Why integrating medications and psychosocial interventions is important to successfully address the opioid crisis in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2022 Mar 1;67(3):176-8.

116. Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC *et al.* Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *New England Journal of Medicine*. 2009;361(8):777-86.

117. British Columbia Centre on Substance Use. *Stimulant Use Disorder Practice Update*. Vancouver (BC) : British Columbia Centre on Substance Use; 2022. p. 1-39. Disponible au : https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2022/06/Stimulant-Use-Disorder-Practice-Update_June2022.pdf

118. Ciccarone D, Shoptaw S. Understanding stimulant use and use disorders in a new era. *Medical Clinics of North America*. 2022;106:81-97. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.010

119. Ronsley C, Nolan S, Knight R *et al.* Treatment of stimulant use disorder: a systematic review of reviews. *PLoS ONE*. 2020;15(6):e0234809. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0234809

120. British Columbia Centre on Substance Use. *ASCME Clinical Trial*. Vancouver (BC) : British Columbia Centre on Substance Use. Disponible au : https://www.bccsu.ca/ascme/

121. Dunham K, Mathew M, Cheema K *et al. Withdrawal Management Services Toolkit*. Toronto (Ont.) : META : PHI; 2024 Jan. Disponible au : https://www.metaphi.ca/wp-content/uploads/ToolkitWMS.pdf

122. Meister S, Maloney-Hall B, Urbanoski K *et al. Prise en charge du sevrage au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : Données de 2015-2016*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2019. Disponible au : https://ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-National-Treatment-Indicators-Report-2019-fr.pdf

123. Farhoudian A, Razaghi E, Hooshyari Z *et al.* Barriers and facilitators to substance use disorder treatment: an overview of systematic reviews. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 2022;16:11782218221118462.

124. Hodgins DC, Budd M, Czukar G *et al.* Treatment of opioid use disorder in Canadian psychosocial addiction programs: a national survey of policy, attitudes, and practice. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2022 Aug 1; 67(8):638-47.

125. Morin V. Davantage d'élus envisagent la désintoxication forcée pour enrayer la crise des opioïdes. *CBC News.* 11 novembre 2024. Disponible au : https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2119205/traitement-involontaire-toxicomanie-crise-opioides

126. Addictions and Mental Health Ontario. *No Time to Wait: Budget Submission 2022*. Toronto (Ont.) : Addictions and Mental Health Ontario; 2022. Disponible au : https://amho.ca/wp-content/uploads/2023/10/AMHO_BudgetSubmission_2022_FINAL.pdf

www.catie.ca

/CATIEinfo

DÉNI DE RESPONSABILITÉ

CATIE renforce la réponse pancanadienne face au VIH et à l'hépatite C en faisant le pont entre la recherche et la pratique. Nous mettons les travaux scientifiques les plus récents à la disposition des prestataires de soins de santé et de services communautaires et promouvons les pratiques exemplaires des programmes de prévention, de traitement et de réduction des méfaits.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse, mais cette information ne doit toutefois pas être considérée comme des conseils médicaux. Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un·e professionnel·le de la santé qualifié·e. À des fins de promotion de la santé publique, les ressources offertes par CATIE peuvent contenir des descriptions ou des représentations de nature sexuelle ou concernant l'usage de drogues. Les opinions exprimées dans les présentes peuvent ne pas refléter les politiques ou les opinions de CATIE ou de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada..

REPRODUCTION DE CE DOCUMENT

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 le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE à info@catie.ca.

Les déclarations de CATIE sont disponibles gratuitement à l'adresse **www.catie.ca**