



Réduction des méfaits :

un concept qui en dit long



Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

DOUGLAS J. BEIRNESS

REBECCA JESSEMAN

RITA NOTARANDREA

MICHEL PERRON



Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

75, rue Albert, bureau 300

Ottawa (Ontario) K1P 5E7

tél. : 613-235-4048 | téléc. : 613-235-8101 | www.cclat.ca

Résumé

La réduction des méfaits est devenue l'une des questions les plus litigieuses en matière de politiques sur les drogues. Simple et claire au départ, la notion de réduction des méfaits s'est depuis transformée en un concept émotionnel qui polarise des groupes ayant un but commun, entrave le dialogue avec les populations à risque et gêne la prestation de divers services et soutiens liés à la toxicomanie. Le présent document examinera le concept de « réduction des méfaits » et cherchera à favoriser le rapprochement des opinions philosophiques divergentes, de façon à optimiser les avantages des programmes offerts aux toxicomanes et à minimiser les préjudices dus à des perceptions erronées de ce qu'est la « réduction des méfaits ». On demande instamment aux décideurs et praticiens de promouvoir des mesures factuelles, peu importe l'étiquette qu'on leur appose, et de mettre en place des soutiens et services de lutte contre l'abus de substances.

Contexte

Au Canada, l'usage de drogues illicites est un grave problème de santé publique et de société qui a, selon des estimations, entraîné 1695 décès et 352 121 jours d'hospitalisation en 2002. De plus, le fardeau imposé aux systèmes de santé et d'application de la loi, la perte de productivité en raison d'un décès prématuré ou d'une incapacité et le coût social global de l'abus de substances ont été évalués à 8,2 milliards de dollars en 2002 (Rehm et coll., 2006).

L'utilisation de drogues injectables (UDI) est un comportement plutôt préoccupant, non seulement en raison de ses graves répercussions sur la vie des toxicomanes, mais aussi à cause des vastes conséquences sur la santé publique attribuables aux pathogènes transmis par le sang, comme le VIH et l'hépatite C, et de la menace à la sécurité globale des collectivités.

Au cours des 25 dernières années, une foule de mesures ont été adoptées, comme les programmes d'échange de seringues et d'entretien à la méthadone et les centres d'injection supervisés, pour circonscrire les menaces immédiates à la santé publique associées à des habitudes de consommation à risque élevé, dont l'UDI. Ces mesures prônant la réduction des effets néfastes de l'UDI, plutôt que l'arrêt de la consommation en soi, sont souvent désignées sous le concept de « réduction des méfaits ».

Dans son sens le plus général, « réduction des méfaits » fait référence à tout programme, politique ou intervention visant à réduire ou à minimiser les effets néfastes de la consommation sur la santé et la société. Ainsi, cette vaste définition couvre à peu près l'ensemble des mesures de lutte contre la drogue (dont la répression et les programmes axés sur l'abstinence), étant donné qu'elles cherchent toutes, d'une façon ou d'une autre, à réduire les conséquences négatives de la consommation. Une définition plus restreinte, quant à elle, se limiterait aux politiques, interventions et programmes n'exigeant pas un arrêt de la consommation. Cette dernière définition reconnaît que de nombreux utilisateurs refusent d'arrêter de consommer ou

qu'ils en sont incapables et qu'il faut leur donner les moyens de réduire les méfaits, p. ex. surdoses, infections, transmission de maladies et déchets contaminés, que cause leur consommation continue aux autres, à la collectivité et à eux-mêmes. Cette approche n'exclut cependant pas un arrêt de l'usage à long terme et sert parfois de passerelle vers des services de traitement et de réadaptation.

C'est cette dernière définition de « réduction des méfaits » qui a polarisé des groupes des milieux scientifiques, cliniques, de la santé publique et de la politique sociale. Il semble que d'un côté, il y a ceux qui considèrent la « réduction des méfaits » comme un moyen de minimiser les préjudices que l'usage continu cause aux toxicomanes et aux autres. Mais d'un autre côté, pour les défenseurs de la « tolérance zéro », la « réduction des méfaits » est un moyen d'encourager la consommation et semble apporter un soutien mal dissimulé à la décriminalisation et à la légalisation de la drogue.

En outre, ces opinions bien arrêtées aux deux pôles de la « réduction des méfaits » divisent des gens qui devraient collaborer pour améliorer la vie des toxicomanes et résoudre les problèmes sociétaux. Ce débat idéologique est improductif et remet en question la crédibilité des scientifiques et praticiens et, plus important encore, il gêne la prestation de traitements, d'interventions, de services, de soutiens et de politiques efficaces et bien intentionnés visant à protéger tout un chacun contre les effets néfastes de la consommation sur la santé et la société. Aucun programme ne devrait être accepté ou refusé à cause d'une idéologie, mais bien après une évaluation objective de son efficacité.

Principes clés associés à la réduction des méfaits

Voici quelques-uns de ces principes clés selon le Groupe de travail national sur les politiques du CCLAT (1996) :

- *Pragmatisme.* Un certain niveau de consommation de drogues dans la société est inévitable. La maîtrise et la réduction des méfaits associés aux drogues peuvent représenter une option plus pragmatique et réalisable, du moins à court terme, que d'autres options visant à éliminer entièrement la consommation de drogues.
- *Valeurs humanistes.* Aucun jugement moraliste n'est porté sur la décision de la personne de prendre des drogues, et ce, sans égard au niveau ou au mode de consommation. Cela ne signifie pas que l'on approuve la consommation de drogues, mais montre plutôt un respect pour la dignité et les droits de la personne.
- *Accent sur les méfaits.* La portée de la consommation de drogues d'une personne est d'une importance secondaire par rapport aux méfaits pouvant résulter d'une telle consommation. La priorité est donc de diminuer le risque de conséquences négatives de la consommation de drogues pour la personne et les autres. La réduction des

méfaits n'exclut pas et ne suppose pas que l'abstinence soit l'objectif de traitement à long terme. Dans certains cas, la réduction du niveau de consommation peut être un des moyens les plus efficaces de réduire les méfaits. Dans d'autres cas, des modifications au mode de consommation peuvent être plus pratiques et efficaces.

- *Équilibre des coûts et des avantages.* On suit un certain processus pragmatique visant à évaluer l'importance relative des problèmes liés aux drogues, les méfaits connexes, de même que les coûts/avantages de l'intervention afin d'orienter les ressources vers les questions prioritaires. L'analyse s'étend au-delà des intérêts immédiats des consommateurs afin d'inclure les préoccupations de l'ensemble de la communauté et de la société. Cette approche rationnelle permet d'évaluer et de comparer l'incidence de la réduction des méfaits aux résultats d'autres interventions ou d'une absence d'intervention. En pratique, de telles évaluations sont compliquées par le nombre de variables à examiner tant à court qu'à long terme.

- *Priorité des objectifs immédiats.* La priorité est accordée aux besoins les plus urgents. Atteindre les objectifs les plus pressants et les plus réalistes est habituellement perçu comme une des premières étapes vers une consommation sans risque ou l'arrêt complet.

Le concept de réduction des méfaits dans la pratique

De nombreux programmes, politiques et pratiques prennent en charge la consommation de drogues à risque, y compris l'UDI; ils offrent une gamme de services à plusieurs groupes de consommateurs et visent principalement à réduire les effets négatifs découlant de l'UDI. Vous trouverez ci-dessous une liste non exhaustive des programmes et services disponibles.

Programmes d'échange de seringues. Il s'agit de programmes où l'on distribue des seringues et des aiguilles propres aux utilisateurs de drogues injectables en vue principalement de prévenir la transmission de pathogènes par le sang et de réduire les infections et autres méfaits associés à l'utilisation de seringues endommagées, non stériles ou partagées. Établis partout au Canada, les programmes d'échange de seringues opèrent de diverses façons. Par exemple, ils peuvent limiter le nombre de seringues données, exiger la remise de seringues usagées en échange de nouvelles, être offerts dans des emplacements fixes ou mobiles et dispenser les seringues dans des pharmacies ou des « distributeurs ».

Des études ont démontré les avantages des programmes d'échange de seringues, notamment une diminution dans les pratiques d'injection à risque élevé comme l'emprunt, le prêt, le partage et la réutilisation de seringues (Kral et coll., 2004; Wood et Cooney, 2004), une diminution du taux d'infection au VIH et à l'hépatite C et B (Wood et Cooney, 2004), une probabilité accrue de se faire désintoxiquer (Strathdee et coll., 1999) et des taux supérieurs d'admission et de maintien en traitement (Wood et Cooney, 2004).

Centres d'injection supervisés. Établissements spécialisés, les centres d'injection sécuritaires ou supervisés proposent aux utilisateurs de drogues injectables un endroit propre, sécuritaire et tranquille où du matériel d'injection stérile est distribué. De plus, des professionnels de la santé et des services sociaux sont sur place pour traiter les problèmes de santé, offrir des services de counseling et faciliter l'accès à la désintoxication et au traitement. La supervision est assurée par des professionnels qualifiés dans les pratiques d'injection à faible risque et la prise en charge des surdoses. Le seul centre d'injection supervisé au Canada se trouve à Vancouver.

S'il est difficile d'évaluer l'incidence globale des centres d'injection supervisés, la recherche a malgré tout montré que les personnes faisant appel à ces établissements sont plus sensibilisées aux grands risques que présente l'injection et ont donc davantage recours à des méthodes d'injection à moindre risque (Hedrick, 2004; Kerr et coll., 2005). De plus, on note un lien entre la fréquentation de ces centres et l'admission en désintoxication, qui est elle associée à un recours accru aux services de suivi (Wood et coll., 2007).

Entretien à la méthadone. L'une des méthodes reconnues pour réduire la dépendance aux opiacés illicites, souvent pris par injection, est de les remplacer par de la méthadone par voie orale. L'entretien à la méthadone permet aux toxicomanes d'atteindre la stabilité nécessaire pour obtenir les ressources personnelles et sociales dont ils ont besoin pour se refaire une vie sans injection d'opiacés. Grâce au programme, les consommateurs ont aussi accès à des services sociaux, de santé et de traitement. Divers programmes d'entretien à la méthadone sont en vigueur au Canada.

Pour être admise dans un programme conventionnel d'entretien à la méthadone, la personne doit se désintoxiquer et ne plus prendre d'opiacés. Par contre, il arrive souvent que les utilisateurs de drogues injectables n'aient pas le soutien social et économique ou la motivation dont ils ont besoin pour se faire traiter pour être abstinents. Le processus de sevrage et de désintoxication limite véritablement l'accès aux programmes. L'entretien à la méthadone à seuil bas aide les opiomanes à stabiliser leur vie et n'exige pas d'eux qu'ils arrêtent complètement de prendre des stupéfiants. Ce type de programme est moins exigeant que l'entretien à la méthadone traditionnel en termes de tests d'urine et de counseling, mais il permet le même accès aux services sociaux, de santé et de traitement.

L'entretien à la méthadone est l'intervention la mieux documentée et évaluée en matière de dépendance aux opioïdes. Plusieurs de ses avantages ont été prouvés, dont une diminution de l'usage d'opiacés et autres drogues illicites, une diminution des activités criminelles liées aux stupéfiants, une amélioration de la santé physique et mentale, un fonctionnement social amélioré, une réduction dans la transmission de maladies par le sang et les comportements à risque connexes et enfin une mortalité réduite (Santé Canada, 2002). De plus, d'autres études ont démontré que les personnes suivant un traitement à la méthadone augmentent leurs sources de revenus légitimes, font soigner plus rapidement certains problèmes de santé et ont davantage recours au counseling et à l'aiguillage vers d'autres services (Organisation mondiale de la Santé, 2004).

Traitement par substitution. Dans le cadre des programmes de substitution, les toxicomanes reçoivent des substances légales pour contrer leur dépendance à des drogues illicites, et ce, dans le but de réduire le recours à la criminalité pour se procurer des substances illégales, de contrôler la qualité et la dose des substances consommées, d'encourager les participants à adopter des pratiques plus sécuritaires et de leur donner accès à des services sociaux et de santé. Au Royaume-Uni, on fournit depuis de nombreuses années aux héroïnomanes de l'héroïne de qualité pharmaceutique. Au Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) financent les essais NAOMI (North American Opiate Medication Initiative) pour voir dans quelle mesure le traitement à l'héroïne améliorerait les résultats thérapeutiques obtenus par les héroïnomanes chroniques réticents à se faire traiter. Dans le cas de la cocaïne, on lui substitue de la dexamphétamine sur ordonnance.

Naloxone administrée par les pairs. Les opiomanes meurent parfois de surdose parce que les témoins qui y assistent n'osent pas demander l'aide d'un médecin de crainte que la police n'intervienne. La naloxone est un antagoniste à action rapide qui annule en quelques minutes les effets de la surdose aux opiacés. Ainsi, faciliter l'accès à la naloxone permettrait de baisser le taux de mortalité par surdose. Les travailleurs de proximité et les pairs qui savent se servir de la naloxone pourraient donc sauver des vies.

Services d'approche dans la rue. Les toxicomanes marginalisés n'ont souvent qu'un accès limité aux services, même les plus fondamentaux, et nombre d'entre eux hésitent à entrer en contact avec des organismes de santé ou de services sociaux par crainte d'identification ou de stigmatisation. C'est pourquoi les services d'approche amènent les services de santé et de réduction des risques, comme des seringues propres, des tampons d'alcool stériles et de l'eau en bouteille, aux toxicomanes. Grâce à la crédibilité que leur apporte leur expérience, les pairs sont souvent les mieux à même de rejoindre les populations marginalisées car ils savent où et comment les trouver et sont capables de tisser des liens de confiance.

Programmes de distribution de pipes à crack. La distribution de trousse pour la consommation sécuritaire de crack vise à baisser le risque de transmission de pathogènes par le sang associée au partage des pipes et à réduire les méfaits de l'utilisation de matériel dangereux. De plus, en distribuant de telles trousse, le recours à l'injection diminue, entraînant ainsi une réduction de l'UDI et de ses conséquences néfastes (Leonard et coll., 2007). La distribution de ces trousse permet en outre de mettre les toxicomanes en contact avec des services sociaux et de santé et de les sensibiliser à la réduction des risques liés à la consommation de crack et à d'autres comportements.

Il faut toutefois savoir que les interventions et programmes mentionnés sont singuliers et répondent à un besoin précis. Ce sont des entités distinctes et autonomes, indépendantes les unes des autres. Malheureusement, on a tendance à assimiler en bloc toutes les approches de « réduction des méfaits ». Pourtant, la mise en place d'une approche n'implique pas nécessairement le recours à l'ensemble des initiatives et interventions. Si chaque programme cherche à réduire les méfaits, son orientation, son groupe cible, ses buts spécifiques et son intensité varient considérablement. Les approches adoptées doivent donc correspondre à l'importance du besoin noté dans le milieu concerné.

La réduction des méfaits dans d'autres secteurs

Pour élargir le débat, prenons l'exemple de mesures de santé et de sécurité couramment employées pour protéger la personne et la société des préjudices attribuables à des comportements risqués sans lien avec la consommation de stupéfiants. Ainsi, en médecine, le diabète de type II est une maladie chronique à laquelle s'exposent les personnes obèses et sédentaires. La prescription de médicaments comme l'insuline aux diabétiques soulèverait peu d'objections. Et pourtant, ces médicaments ne guérissent pas la maladie : ils visent surtout à diminuer les risques de pathologie secondaire, dont la maladie cardiovasculaire, la rétinopathie, la neuropathie et la néphropathie. Même si on incite vivement les personnes concernées à perdre du poids et à être plus actives, elles ne sont pas toutes en mesure de le faire. Donc, la prise de médicaments contre les complications du diabète de type II ne rime pas nécessairement avec un changement de comportement.

De même, un autre exemple de mesure de santé publique qui pourraient être incluse dans la « réduction des méfaits » est la distribution de condoms dans des groupes à risque (dont les élèves du secondaire) pour prévenir les grossesses non désirées et les infections transmises sexuellement. De tels programmes soulèvent une certaine controverse, mais comme ils s'occupent de l'activité sexuelle à risque, ils continuent malgré tout à opérer. L'objectif n'est pas d'empêcher le comportement, mais bien d'en diminuer les conséquences néfastes.

En outre, le recours à des mesures de « réduction des méfaits » pour prévenir et contrôler les risques de blessures est monnaie courante. Ainsi, des mesures comme la ceinture de sécurité, le coussin gonflable et le casque de vélo et de moto permettent de diminuer la gravité des blessures en cas de collision ou de perte de contrôle, mesures qui d'ailleurs n'évitent pas les accidents ni n'empêchent les comportements risqués entraînant des préjudices. Une fois encore, l'objectif visé consiste tout simplement à diminuer la probabilité et la gravité de subir des blessures. Ces mesures ont non seulement démontré leur efficacité et reçu un appui massif, mais dans de nombreuses provinces, il est maintenant obligatoire de s'y conformer.

Les types de programmes décrits précédemment sont des exemples de ce qu'on appelle communément la prévention secondaire. Alors que la prévention primaire cherche à empêcher l'apparition d'une maladie ou d'un comportement risqué, la prévention secondaire, quant à elle, privilégie le dépistage précoce de la maladie afin d'en contrer la progression et d'empêcher l'apparition de graves complications et de menaces pour la santé. Le dénominateur commun de tous ces exemples tirés de nombreux domaines est l'accent mis sur la réduction des effets néfastes des comportements à risque, et ce, sans s'attendre à une modification de ces comportements. Les diverses mesures reconnaissent donc que les comportements risquent de perdurer et ne jugent pas les personnes et leurs styles de vie et comportements. Elles admettent aussi que les comportements à risque se produisent et qu'ils sont souvent chroniques et difficiles à changer, d'où l'accent mis sur la réduction de leurs conséquences négatives.

D'autres intervenants considèrent parfois les mesures relevant de la « réduction des méfaits » ou de la « prévention secondaire » comme une forme de gestion des risques. Il s'agit d'un concept

couramment utilisé dans le milieu des affaires et lors de catastrophes naturelles. Il fait référence au besoin de maîtriser les répercussions d'un événement négatif. Peu importe le terme utilisé pour les décrire, tous les programmes, politiques et interventions devraient faire l'objet d'une évaluation objective pour déterminer leur efficacité à réduire les effets néfastes des situations ou comportements à risque sur la personne, la collectivité et l'ensemble de la société.

Conclusion

Dans un récent document de travail, Antonia Maria Costa, directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, indique que la *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes 1988* recommande vivement aux pays d'adopter les mesures appropriées pour supprimer ou réduire la demande illicite de stupéfiants et de substances psychotropes en vue de réduire les souffrances humaines, dont des interventions visant à amortir les effets de la toxicomanie sur la santé et la société. De plus, pour l'Organe international de contrôle des stupéfiants, les mesures de réduction des méfaits font partie intégrante d'une stratégie de réduction de la demande. Pour réussir à limiter les conséquences négatives de l'abus de drogues et mettre fin à l'épidémie de maladies transmises par le sang, il faut déployer une stratégie en trois volets, soit prévenir la toxicomanie, faciliter l'admission en traitement et mettre en place des mesures permettant de réduire efficacement les effets de la toxicomanie sur la santé et la société.

Les malentendus sont légions et semblent dus en grande partie à un manque de clarté et de vision commune sur ce qu'est la « réduction des méfaits », terme général qui englobe une foule d'interventions, de soutiens et de services. Pour certains, la réduction des méfaits s'est transformée en une philosophie de lutte contre l'abus de drogues et la toxicomanie. En fait, nous pourrions affirmer qu'elle ne se résume pas à une entité unique : elle englobe tout programme, politique ou intervention dont l'objectif est de réduire les effets néfastes de la toxicomanie, que ce soit la consommation d'alcool, le tabagisme ou l'utilisation de drogues injectables. Les divergences d'opinion semblent porter sur le type de comportement ciblé et la nature précise de la mesure adoptée. Ainsi, peu de gens s'opposent aux timbres à la nicotine, alors que les centres d'injection supervisés suscitent parfois de fortes réactions. Cette situation montre bien que le niveau de tolérance individuelle envers la « réduction des méfaits » n'est pas noir ou blanc; il varie plutôt selon les interventions. La grande question ici n'est donc pas de savoir si la « réduction des méfaits » est bonne ou mauvaise ou si nous y sommes en faveur ou non, mais plutôt de déterminer notre degré d'acceptation de certains services et interventions spécifiques visant à lutter contre les problèmes de toxicomanie.

La « réduction des méfaits » est controversée en raison non seulement de son association avec le « fléau social » qu'est l'usage de stupéfiants, mais aussi de la perception erronée qu'il s'agit d'un euphémisme désignant la consommation accrue de drogues, la décriminalisation et la légalisation. Autrefois claire, la définition de « réduction des méfaits » a été dénaturée par les fortes opinions exprimées par les partisans des deux clans. Le débat souvent caustique

qui a suivi n'a fait qu'attirer l'attention sur l'idéologie des extrêmes, au détriment de l'amélioration de la vie des personnes et familles touchées par l'abus de drogues et des collectivités dans lesquelles elles vivent. Suspendre des programmes, politiques et interventions simplement par opposition idéologique au terme « réduction des méfaits » et ses significations subjectives ne serait qu'un leurre aux proportions considérables. Et adopter une mesure simplement parce qu'on la met sur le piédestal de la « réduction des méfaits » serait tout aussi fallacieux. Les mérites d'une intervention devraient plutôt reposer sur une évaluation scientifique objective de son efficacité et de sa pertinence, et ce, par rapport à d'autres politiques et programmes.

Les intérêts de la santé personnelle et de la santé publique seraient peut-être mieux servis si nous retirions l'expression « réduction des méfaits » de notre vocabulaire collectif au profit d'un moratoire sur la rhétorique. Il nous faut plutôt amorcer une discussion sur les mérites et limites de programmes, politiques et interventions relevant de la prévention secondaire.

On avance parfois que la réduction des méfaits n'est pas seulement un terme ou un choix d'interventions, mais bien une philosophie. L'adoption d'une approche « tout ou rien » ne fera qu'effrayer davantage les opposants à une définition ouverte. Si cet entêtement perdure alors qu'on tente de s'entendre sur les mesures de réduction des méfaits, alors nous pouvons malheureusement prévoir peu de changements à l'avenir. Il est temps de se libérer du carcan des opinions bien arrêtées et de considérer ces mesures comme faisant partie intégrante d'un continuum complet englobant aussi la prévention, la sensibilisation, la désintoxication, le traitement et le suivi.

L'abus de drogues et la toxicomanie sont de véritables problèmes sociétaux chroniques et complexes qui nécessitent une gamme de programmes, de politiques et d'interventions. Qu'une mesure soit considérée comme valable ou répréhensible, son adoption par tous devrait reposer sur des données scientifiques objectives démontrant son efficacité, tout en tenant compte de son intention et de sa pertinence par rapport à un problème précis. Nous ne devrions ni accepter ni rejeter unilatéralement une mesure en fonction de nos croyances idéologiques ou de la façon dont le terme « réduction des méfaits » colore notre perception de son intention. Nous incitons vivement les décideurs et praticiens à instaurer des mesures factuelles, quelle que soit l'étiquette qu'on leur appose, et à adopter une approche complète de lutte contre la consommation de drogues reposant sur l'efficacité de ces mesures.

Références

- Baca, C.T. et K.J. Grant. Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction*, vol. 100, 2005, p. 1823–1831.
- Hedrich, D. *European report on drug consumption rooms*, 2004. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.
- Kerr, T., M. Tyndall, K. Li, J. Montaner et E. Wood. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *The Lancet*, online Research Letter, 2005. Consulté le 9 mai 2008 sur le site <http://image.thelancet.com/extras/04let9110web.pdf>.
- Kral, A.H., R. Anderson, N.M. Flynn et R.N. Bluthenthal. Injection risk behaviours among clients of syringe exchange programs with different syringe dispensation policies. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 37(2), 2004, p. 1307–1312.
- Leonard, L. et coll. I inject less as I have easier access to pipes. *International Journal of Drug Policy*, 2007, doi:10.1016/j.drugpo.2007.02.008.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Organisation mondiale de la Santé. *WHO/UNODC/UNAIDS position paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioids dependence and HIV/AIDS prevention*, 2004b. Genève : auteur. Consulté le 9 mai 2008 sur le site www.who.int/substance_abuse.
- Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, S. Popova, A. Sarnocinska-Hart, et B. Taylor. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, 2006. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Santé Canada. *Meilleures pratiques - Traitement d'entretien à la méthadone*, 2002b. Ottawa : auteur. Consulté le 9 mai 2008 sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/methadone-bp-mp/index_f.html.
- Shearer, J. et L.R. Gowing. Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: A review of current research. *Drug and Alcohol Review*, vol. 23(2), 2004, p. 203–211.
- Wood, E., M.W. Tyndall, R. Zhang, J.S.G. Montaner et T. Kerr. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, vol. 102, 2007, p. 916–919.
- Wright, N., N. Oldham, K. Francis et L. Jones. Homeless drug users' awareness and risk perception of peer "Take Home Naloxone" use—a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 1(28), 2006. Consulté le 9 mai 2008 sur le site <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1599711>.