

**Document d'information
sur la réduction des méfaits
et ses applications dans le contexte
de la toxicomanie
au CTSM**

2002

*A PAHO/WHO
Collaborating Centre*

*Un Centre collaborateur
OPS/OMS*

*Affiliated with the
University of Toronto*

*Affilié à l'Université
de Toronto*

Document d'information sur la réduction des méfaits et ses applications dans le contexte de la toxicomanie au CTSM

Comité spécial sur la réduction des méfaits

Membres : Patricia Erickson, Jennifer Butters, Krystina Walko (coordonnatrices), Dale Butterill, Reggie Caverson, Benedikt Fischer, Dennis James, Pamela Kaufmann, Robert Mann, David Marsh, Peter Menzies, Stephen Meredith, Zindel Segal, Nina Littman Sharpe, Wayne Skinner, Elsbeth Tupker

Introduction

Au moment de la formation du comité spécial sur la réduction des méfaits, qui a été chargé de rédiger un document décrivant l'approche du CTSM en la matière, les membres du comité avaient en commun leurs nombreuses années de réflexion et d'application de cette notion dans leur propre travail. Ce comité de composition variée reflétait tous les domaines d'intérêt du CTSM, pour tenir compte du point de vue de l'ensemble du milieu de la toxicomanie. Nous avons étudié de nombreux aspects de la réduction des méfaits et nous sommes entendus sur le contenu du présent document, mais ce dernier ne représente pas un portrait complet et universel de la réduction des méfaits. Cette notion dynamique et d'application très générale ne saurait être réduite à une définition unique à laquelle pourraient souscrire tous les spécialistes. Notre objectif consistait à établir une description pratique de la réduction des méfaits pour orienter les diverses activités du CTSM qui visent à prévenir ou à enrayer les problèmes de toxicomanie.

Dans le domaine de la toxicomanie, il existe un certain nombre d'interventions courantes allant de la prévention au traitement, en passant par les programmes d'abstinence totale et les approches de réduction des méfaits selon lesquelles une consommation ininterrompue est considérée comme acceptable. La réduction des méfaits est fondée sur la connaissance empirique d'un continuum de la consommation de drogues, dans lequel ces méfaits peuvent se produire à tous les niveaux. L'enjeu n'est pas le degré de consommation ni la consommation elle-même. La réduction des méfaits est destinée avant tout aux personnes qui subissent déjà les méfaits de la consommation de drogues. Les interventions les plus appropriées, qu'elles soient généralisées ou individuelles, visent à réduire les méfaits. La réduction des méfaits se définit comme étant une politique ou un programme conçu pour réduire les méfaits causés par les drogues sans toutefois exiger l'arrêt de la consommation de ces drogues. Les interventions peuvent être orientées vers la personne, la famille, la collectivité ou la société. Comme exemples de programmes de réduction des méfaits qui se sont révélés fructueux, mentionnons les programmes d'intervention des serveurs pour lutter contre l'ivresse publique, les programmes d'échange de seringues qui préviennent la transmission du VIH parmi les usagers de drogues injectables, et la restriction de l'usage du tabac, qui permet de limiter l'exposition à la fumée secondaire (Gliksman et coll., 1993 ; Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2001 ; Strathdee et coll., 1998). Dans la population en général, la réduction des méfaits peut contribuer à orienter les mesures et les ressources de prévention vers les véritables sources des méfaits plutôt que vers des comportements qui posent moins de risques.

Cela dit, toutes les interventions qui visent à minimiser les conséquences néfastes de l'usage de drogues n'aboutissent pas nécessairement à la réduction des méfaits (Berridge, 1993). Les stratégies de réduction des méfaits peuvent être considérées comme la solution de rechange idéale lorsque le traitement, la prévention ou les peines criminelles se sont révélés infructueux.

La réduction des méfaits tire ses origines d'un mouvement qui a commencé il y a plus d'un siècle dans le domaine de la santé publique, et qui vise à protéger l'ensemble de la collectivité contre les méfaits. À partir des années 1960, il apparaît de plus en plus évident que pour lutter contre les effets néfastes des drogues **légales** d'usage courant, il ne suffit pas d'intervenir directement auprès des usagers ; il faut réagir au palier social. Vers la fin des années 1980, les concepts et outils de base de la santé publique, orientés avant tout vers l'alcool et le tabac, commencent à être employés dans les débats sur les problèmes touchant les drogues **illégales**. La multiplication des cas d'hépatite et de VIH chez les usagers de drogues injectables dans de nombreux pays et la menace qu'elle représentait pour la population en général ont suscité un intérêt renouvelé à l'égard des interventions visant non pas à supprimer la consommation de drogues illégales, mais bien à en réduire les méfaits (Riley et O'Hare, 2000). Le mouvement moderne de réduction des méfaits, lancé lors de la première conférence internationale tenue à Liverpool en 1990 (O'Hare et coll., 1992), a permis à la théorie et à la pratique de la réduction des méfaits d'évoluer au cours de la décennie suivante vers des approches mieux intégrées, axées sur la santé publique. La Stratégie canadienne antidrogue s'est donnée pour objectif général la réduction des méfaits, et la National Association for Public Health Policy des États-Unis (NAPHP), le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et l'Organisation mondiale de la Santé ont entériné les principes de la réduction des méfaits dans des documents marquants (NAPHP, 1999 ; CCLAT, 1998 ; OMS, 1999).

L'adoption d'une approche fondée sur la santé publique pour lutter contre la toxicomanie se heurte à un obstacle : les préjugés négatifs dont font l'objet les personnes qui semblent incapables de maîtriser leur consommation de drogues, surtout s'il s'agit de drogues illégales. Ce phénomène obscurcit le sens réel de la réduction des méfaits et suscite la controverse. Quels programmes et politiques contribuent effectivement à la réduction des méfaits ? Qui détermine quels sont les méfaits les plus importants ? Peut-on réduire les méfaits sans en créer d'autres, plus graves ? La réduction des méfaits préconise-t-elle des positions légales particulières ? Peut-on trouver un équilibre entre l'autonomie personnelle et la protection de la collectivité ? La réduction des méfaits peut-elle s'appliquer à des domaines autres que la toxicomanie ? Les programmes de réduction des méfaits dissuadent-ils les toxicomanes de se faire traiter (Single, 1995) ?

Le présent document a pour objet de définir la notion de réduction des méfaits et d'établir ses principes ou éléments de base dans le contexte du mandat et des activités du CTSM. Nous illustrons son application dans le cadre d'autres activités liées au traitement, à la prévention et à l'application de la loi, et nous décrivons les aspects qui ont fait l'objet de nombreuses études et ceux qu'il reste à approfondir. Nous nous concentrons sur l'alcool, le tabac et les drogues illégales, tout en tenant compte de l'utilité de la réduction des méfaits en maladie mentale pour le traitement de différents troubles concomitants.

I. Définition

Dans la documentation, les avis sont partagés en ce qui concerne la notion que désigne le terme « réduction des méfaits » (Strang, 1993) ; cependant, la plupart des sources s'entendraient sur une définition de base : objectif d'un programme ou d'une politique visant à réduire les méfaits causés par les drogues sans nécessiter l'arrêt de leur consommation. Cette définition établit une distinction nette entre la réduction des méfaits et les initiatives de tolérance zéro à l'égard de l'usage de drogues. En outre, bien que de nombreux programmes soient orientés vers les usagers de drogues qui subissent des méfaits et ont besoin d'aide urgente, la réduction des méfaits peut avoir lieu à tous les niveaux et à toutes les étapes de consommation, c'est-à-dire que les interventions peuvent être orientées vers la personne, la famille, la collectivité ou la société. Certaines définitions plus détaillées insistent sur des mesures de

réduction des méfaits qui sont pragmatiques et dont l'efficacité a été démontrée (Single, 1999), mais nous sommes d'avis que ces éléments font partie des principes directeurs de la réduction des méfaits, exposés plus loin. Les auteurs des théories sur lesquelles s'appuie la réduction des méfaits et ceux qui les mettent en pratique souscrivent généralement à cette définition fondamentale et aux thèmes sous-jacents, mais comme dans tout mouvement dynamique, les priorités, les modalités et les caractéristiques des programmes et des politiques font l'objet de débats.

Les évaluations empiriques sont au cœur de la santé publique et de la réduction des méfaits (Ogborne et Birchmore-Timney, 1999), mais les valeurs fondamentales jouent également un rôle de premier plan. Dans un organisme comme le CTSM, qui adopte les meilleures pratiques fondées sur des résultats, il est raisonnable d'exiger que les programmes et politiques de réduction des méfaits donnent les résultats escomptés sans entraîner de conséquences défavorables imprévues. Si l'évaluation révèle que les conséquences néfastes ne sont pas réduites ou que les conséquences inattendues sont trop graves, le programme ne devrait pas être retenu aux fins d'une approche de réduction des méfaits, et une solution de rechange devrait être élaborée. Ce principe semble évident, mais il faut se rendre compte que la plupart des interventions du système de justice pénale contre l'usage de drogues illégales sont coûteuses, leur efficacité n'a pas été démontrée, et elles aggravent les méfaits pour la santé et le fonctionnement en société (Inciardi et Harrison, 2000 ; Single, 1998). Les résultats à l'appui des diverses stratégies varient considérablement selon l'état du financement de la recherche et les priorités actuelles des organismes de financement. Selon l'intervention en cause, la démarche d'évaluation peut aller des essais cliniques aléatoires à d'autres méthodes d'analyse des répercussions sociales (Fischer et coll., sous presse ; Heather et coll., 1995 ; Krausz et coll., 1999).

L'un des principes fondamentaux de la réduction des méfaits, qui la rendent compatible avec la mission du CTSM et sa philosophie d'axer ses services sur le client, réside dans le respect qu'elle accorde à la capacité décisionnelle et à la responsabilité personnelles (Cheung, 2000 ; Marlatt et coll., 2001). Cet aspect la distingue également des interventions du système de justice pénale, qui stigmatise la personne et la pénalise sans égard à son niveau de consommation.

II. La réduction des méfaits dans le contexte du traitement, de la prévention et de l'application de la loi

La réduction des méfaits est intégrée dans un large éventail de programmes destinés aux personnes qui sont au stade précoce et avancé de l'usage abusif de diverses drogues. À l'échelon personnel, les politiques et programmes de réduction des méfaits sont destinés aux personnes qui ne veulent pas mettre un terme à leur consommation de drogues ou sont incapables de le faire dans l'immédiat ; cependant, ce principe demeure compatible avec l'abstinence comme objectif ultime. Les programmes qui ont l'abstinence pour objectif immédiat ne peuvent être considérés comme visant la réduction des méfaits. Tous les cliniciens ne souscrivent pas à cette approche, surtout lorsque le client est disposé à accepter l'abstinence, mais ceux qui pratiquent la réduction des méfaits traitent les usagers qui ne sont pas prêts pour l'abstinence, de façon neutre, sans porter de jugement. Ces cliniciens peuvent cependant être d'avis que l'abstinence comporte des avantages et la considérer comme un objectif souhaitable à long terme.

Il est utile de concevoir les mesures de prévention dans un continuum en fonction du niveau de consommation, des caractéristiques personnelles et sociales des usagers et du risque de

méfais. La forme de prévention la plus fondamentale, qui consiste à enrayer le problème avant qu'il ne se manifeste, consiste à réduire les risques plutôt que les méfaits. Dans le contexte de la réduction des méfaits, la prévention consiste à réduire les méfaits pour les usagers à risque élevé en assurant un meilleur accès aux services et en procurant des méthodes plus sûres d'usage des drogues. Fondamentalement, la formation en réduction des méfaits à des fins préventives consiste à informer les consommateurs et à les inciter à adopter des habitudes personnelles plus sûres par la persuasion plutôt que par la contrainte. En cela, elle s'apparente à une mesure de promotion de la santé.

Les mesures de prévention peuvent également être dirigées vers les communautés que fréquentent les usagers de drogues, par des mesures qui visent à rétablir l'ordre dans les rues et à rassurer le public qui craint les actes violents. Lorsque des conséquences négatives graves, telles que les effets du tabagisme sur la santé, démontrent que l'abstinence est le meilleur moyen de réduire les méfaits, les mesures de prévention destinées aux fumeurs et aux non-fumeurs pourraient être différentes. Cependant, dans certaines situations comme les raves, il est impossible de distinguer les usagers des autres, de sorte que tous les participants seraient visés par les initiatives de réduction des méfaits. Les messages d'information universels représentent une caractéristique courante des approches de santé publique visant à lutter contre l'abus d'alcool, le tabagisme et d'autres comportements éventuellement néfastes.

Réduction des méfaits ne signifie pas légalisation. En adoptant une philosophie de réduction des méfaits, le CTSM ne se déclare pas en faveur de la légalisation des drogues (CTSM, 2000). La réduction des méfaits établit un équilibre entre le contrôle et la compassion dans le respect des droits de la personne. Cependant, le CTSM a déjà accordé son appui à des réformes des politiques en matière de drogues qui sont compatibles avec les initiatives de réduction des méfaits (p. ex., l'élaboration d'une politique sur le cannabis fondée sur les résultats, pour remplacer la politique actuelle qui criminalise la possession de cannabis).

L'application du *Code criminel* ou des règlements peut également viser à réduire les méfaits (Erickson, 2001 ; Hellawell, 1995). Bien que le cannabis, la cocaïne et les opiacés soient régis par le droit criminel fédéral, alors que les provinces réglementent l'alcool et le tabac, il existe un certain chevauchement lorsque la consommation de drogues se produit dans le cadre d'une activité qui comporte des risques (p. ex., la conduite avec facultés affaiblies). Les approches axées sur la santé publique sont plus compatibles avec les lois à caractère réglementaire qu'avec les sanctions pénales. En santé publique, les lois ne sont pas des absolus sur le plan moral, mais des outils qui servent à établir des normes et à fixer des objectifs de santé pour les particuliers, les collectivités et l'ensemble de la société. Au moment de choisir entre les lois criminelles et les lois à caractère réglementaire dans le contexte de la réduction des méfaits, il faut déterminer les politiques qui permettent de réduire le plus efficacement les méfaits associés aux drogues. Les sanctions seraient réservées aux personnes dont la consommation de drogues représente une menace pour la sécurité ou le bien-être de leur entourage, par exemple, les personnes qui fument dans les bureaux, qui vendent de la drogue à des mineurs ou qui distribuent un produit contaminé. Les règlements sur la santé publique procurent généralement plus de souplesse que les lois criminelles pour trouver une solution adaptée au problème.

Confusion terminologique

Il n'existe pas de définition reconnue de la notion de réduction des méfaits en partie à cause des différents termes qui sont employés de façon plus ou moins interchangeable pour désigner cette notion : réduction des risques, minimisation des méfaits et minimisation des risques, par exemple. Cette confusion porte certains à croire que tous les programmes et politiques conçus

pour influencer sur les méfaits ont nécessairement pour objectif la réduction des méfaits. Or, il n'en est rien ; la définition énoncée plus haut distingue clairement la réduction des méfaits d'autres interventions en matière d'usage de drogues qui imposent l'abstinence ou l'emprisonnement. Nous préférons retenir le terme « réduction des méfaits » et éviter les autres termes.

La réduction des méfaits se distingue des modèles fondés sur l'abstinence et la justice pénale en ce qu'elle tolère la consommation de drogues et lutte contre les préjugés dont elle fait l'objet. On est parvenu à un certain consensus sur les principes directeurs suivants, qu'ont repris bon nombre d'auteurs qui s'intéressent à la théorie et à la pratique de la réduction des méfaits. Ces principes généraux sont applicables à d'autres questions de santé publique, notamment le jeu. À notre avis, c'est leur application à l'usage de drogues qui permet de les associer à la réduction des méfaits.

III. Principes directeurs ou thèmes fondamentaux de la réduction des méfaits

Pragmatisme

L'approche de réduction des méfaits reconnaît que l'usage de substances psychodysléptiques est inévitable, et qu'un certain niveau de consommation de drogues est normal dans la société, bien que ce point de vue varie considérablement selon le pays et les valeurs culturelles. Elle reflète également les résultats de nombreuses études selon lesquelles la plupart des personnes qui essaient une drogue dont on risque d'abuser le font dans un but expérimental et de façon limitée. La réduction des méfaits vise à réduire les méfaits les plus immédiats et les plus tangibles de l'usage de drogues, plutôt que de chercher la réalisation d'un idéal vague et abstrait, comme une société sans drogues. Le débat actuel sur les politiques de restriction du cannabis néglige le fait que l'usage du cannabis est devenu très répandu et est peu susceptible de diminuer ; dans ce contexte, la réduction des méfaits a pour objectif de réduire les méfaits de la criminalisation et de tolérer un certain niveau de consommation dans la société.

Importance accordée aux méfaits

Les politiques et programmes de réduction des méfaits sont axés sur la réduction des conséquences néfastes de l'usage de drogues, sans exiger nécessairement une baisse de l'usage, car un changement dans le mode ou les habitudes d'administration peut également réduire les méfaits. Bien que la réduction des méfaits n'ait pas pour objectif de réduire la consommation de drogues, une telle réduction pourrait aussi réduire les méfaits. Ces méfaits peuvent être liés à des facteurs sanitaires, sociaux ou économiques touchant la personne, la collectivité ou l'ensemble de la société. Valoriser le capital communautaire et social pourrait également rendre certaines populations moins vulnérables aux habitudes de consommation de drogues les plus nuisibles.

Priorisation des objectifs

Les stratégies de réduction des méfaits placent les objectifs de chaque personne en ordre de priorité, en commençant par une réduction immédiate et réalisable des méfaits causés par les drogues et non par des résultats espérés à long terme. Certains usagers pourraient avoir l'abstinence pour objectif, sans pour autant cesser leur consommation immédiatement. Bien qu'il y ait parfois une opposition apparente entre les objectifs sociaux et personnels, il est possible de faire converger ces objectifs sans rejeter le blâme sur la victime ou punir les usagers. La réduction des méfaits reconnaît également que le consommateur joue un rôle de premier plan dans l'établissement de la portée et de la nature des soins de santé qui lui sont destinés.

Souplesse et élargissement des possibilités d'intervention

Les initiatives de réduction des méfaits comportent la souplesse nécessaire pour s'adapter aux particularités de chaque personne et permettre la réévaluation des objectifs personnels fixés. La réduction des méfaits causés par les drogues s'appuie sur une approche globale, la créativité et l'innovation. Les initiatives devraient proposer un maximum de possibilités aux usagers, aux travailleurs de première ligne, aux agents d'application de la loi et aux autres intervenants qui s'occupent des problèmes liés aux drogues. Par exemple, la police pourrait avoir le choix d'orienter les usagers vers des programmes communautaires parallèles ; les médecins, quant à eux, pourraient offrir une variété de traitements comme des drogues de remplacement, des traitements de maintien et des interventions axées sur l'adoption de méthodes de consommation plus sûres.

Autonomie

Étant donné qu'un certain niveau de consommation de drogues est considéré comme normal dans la société, la décision de prendre des drogues est personnelle. Comme l'usage de drogues n'est pas en soi immoral, dépravé ou criminel, les usagers ne sont pas considérés comme des déviants ; ce sont « des gens comme tout le monde ». L'utilisateur est un être non pas passif mais actif, comme l'illustre le fait que de nombreux programmes de réduction des méfaits ont été créés par des usagers de drogues. L'exclusion sociale fait place à la réintégration, ce dont témoigne ce commentaire de la communauté autochtone : « La philosophie de réduction des méfaits nous encourage à prendre contact avec ceux qui se trouvent hors du cercle et à les y réintégrer. Nous reconnaissons que tous les membres du cercle sont touchés, et qu'il leur revient donc de le reconstituer » (Aboriginal Peer Project, 2000).

Évaluation

Concrètement, les initiatives de réduction des méfaits doivent réduire les méfaits causés par les drogues, et la priorité doit être accordée aux politiques et aux programmes qui ont démontré leur efficacité dans les limites des ressources dont on dispose. Il faut encourager l'innovation et la créativité, et il est essentiel d'évaluer les programmes qui existent. Les politiques et programmes actuels et futurs devraient comporter des énoncés de mission, des objectifs et une liste des « méfaits » qu'ils visent pour qu'il soit possible d'évaluer leur efficacité de façon approfondie. La réussite de la réduction des méfaits repose tant sur l'état de santé et le fonctionnement de la personne que sur l'incidence nette sur les indicateurs de méfaits dans la collectivité.

IV Évaluation, Besoins et Orientations Futures

La présente section décrit des exemples d'application de la réduction des méfaits et leurs résultats dans plusieurs domaines qui intéressent le CTSM. Nous énumérons également des domaines qui, à notre avis, devraient faire l'objet de recherches plus approfondies, ainsi que de nouveaux sujets qui pourraient être étudiés dans le contexte de la réduction des méfaits. Nous proposons ensuite une bibliographie détaillée sur des questions générales et différents sujets importants.

Bien des gens associent les initiatives de réduction des méfaits à des propositions controversées comme les salles d'injection, mais pareilles initiatives sont depuis longtemps intégrées à de nombreux programmes établis pour le traitement de l'alcoolisme. La ARF, et aujourd'hui le CTSM, ont établi un certain nombre de programmes individuels, communautaires et sociaux visant à déterminer les circonstances dans lesquelles des méfaits pourraient survenir et à agir en vue de les réduire. Ces programmes sont fondés sur le respect de la liberté de choix, qui tient compte du fait que la plupart des gens boivent de façon raisonnable et tirent des

avantages de leur consommation. Certaines initiatives, comme les lois interdisant la conduite avec facultés affaiblies et l'application de ces lois, les politiques de restriction de l'alcool axées sur l'accessibilité et le coût et les programmes d'intervention des serveurs et de délivrance graduelle des permis de conduire ont fait l'objet d'évaluations approfondies au cours des dernières années (Bondy et coll., 1999 ; Mann et coll., 2001 ; Narbonne-Fortin et coll., 1997). De nouveaux programmes comme *SécuriBars* sont envisagés comme moyens de réduire la violence dans les établissements qui vendent de l'alcool. D'autres, comme le programme *Premier contact*, visent à réduire la consommation en s'adressant aux jeunes buveurs qui s'exposent à un risque plus élevé même s'ils boivent moins d'alcool. Il y a dix ou vingt ans, les intervenants en matière d'alcool ne considéraient peut-être pas leurs activités comme étant des initiatives de réduction des méfaits, mais de nos jours, il existe beaucoup de documentation sur la réduction des méfaits de l'alcool (Single, 1997).

Comme pour les autres drogues, il n'y a pas d'usage de tabac totalement sans danger ni de situation où son usage soit totalement sécuritaire. Sa légalité fait en sorte que les mesures prises pour en réduire les risques pour les fumeurs qui refusent de cesser de fumer ou ne peuvent le faire et leur entourage sont des initiatives de réduction des méfaits. La plupart des études menées par la ARF et l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario ont porté sur l'évolution de la consommation, surtout chez les cohortes plus jeunes, et ont débouché sur des recommandations prévoyant une hausse des prix et une publicité moins attrayante. Certaines initiatives, comme la vente de gomme et de timbres à la nicotine, pourraient réduire efficacement les méfaits, mais on n'a pas encore démontré qu'un nombre élevé de fumeurs s'y intéressaient. Il serait utile de déterminer les causes de ce désintérêt et de trouver des moyens de rendre ces produits plus populaires en vue de réduire les méfaits du tabac (IOM, 2001).

Les nombreuses initiatives menées par le personnel du CTSM et des intervenants dans la collectivité ont porté sur toute la gamme de drogues et des populations variées. Certes, l'accessibilité accrue de la méthadone, particulièrement pour le traitement flexible, représente depuis longtemps un programme fructueux de réduction des méfaits dans lequel le CTSM joue un rôle de premier plan (Fischer, 2000 ; Brands et coll., 2000). D'autres essais de remplacement d'opiacés s'appuyant sur sa réussite pourraient voir le jour au Canada (Kuo, 2000). C'est surtout le département des sciences de la santé publique de l'Université de Toronto qui a étudié la transmission du VIH parmi les usagers de drogues injectables à Toronto et dans le reste de la province, bien que souvent avec l'aide de collaborateurs du CTSM. L'évaluation permanente de l'échange de seringues, tant chez les clients qu'au niveau des organismes, est essentielle pour améliorer le système et pour comprendre les raisons pour lesquelles les usagers se conforment ou non aux modalités de ce programme. L'appui accordé aux groupes qui cherchent à rendre les établissements de raves plus sûrs est également digne de mention, mais il y a lieu de mieux l'évaluer (Weber, 1999). Bien que les chercheurs du CTSM aient beaucoup étudié l'usage de la cocaïne et du crack (Erickson et coll., 1994), peu de progrès ont été réalisés jusqu'à présent en vue de réduire les méfaits de ces drogues. La « trousse crack », proposée récemment, est une initiative communautaire prometteuse qui n'a cependant pas encore été évaluée. Notre comité a remarqué que le personnel du CTSM a souvent l'occasion de collaborer avec des intervenants de la collectivité pour élaborer des outils de réduction des méfaits, mais qu'il est parfois difficile de trouver les ressources nécessaires pour démontrer l'efficacité de ces outils. Pour cette raison, de nombreuses stratégies éventuelles ne sont pas évaluées et ne peuvent donc être retenues aux fins de la réduction des méfaits.

Le traitement des troubles liés aux drogues est un domaine vaste qui intègre de nombreuses nouvelles approches éprouvées (Skinner et Drake, 1997). L'apport particulier de la réduction des méfaits réside dans la création d'une « alliance thérapeutique » axée sur le client. Cette

alliance est une entente entre le client et son clinicien concernant le traitement à adopter en fonction des besoins et des souhaits exprimés par le client. Fort de la certitude que ce rapport aboutira à des changements positifs, le professionnel de la santé accepte que le client ne fera pas nécessairement les meilleurs choix pour sa santé dans l'immédiat. Cependant, en respectant ces choix et en demeurant disponible pour aider le client à en subir les conséquences, le thérapeute renforce délibérément cette alliance thérapeutique. Au lieu de croire qu'en agissant ainsi, il encourage le client à continuer à se faire du mal, le thérapeute accepte qu'en réalité, il ne peut empêcher le client de choisir. En demeurant à la disposition du client et en l'aidant en cas de difficulté, le clinicien motive le client à se comporter de façon moins dangereuse et à participer à d'autres traitements lorsqu'il se sent disposé à adopter des habitudes de consommation moins néfastes ou à pratiquer l'abstinence.

Du point de vue du traitement général de la toxicomanie, les programmes orientés vers la réduction des méfaits offrent au client un choix d'objectifs allant de l'abstinence complète à une baisse de la consommation de sa drogue principale, en passant par l'arrêt de consommation de sa drogue principale accompagné de la continuation de l'usage d'autres drogues. Une rechute ponctuelle, plusieurs incidents de consommation ou le retour à un usage régulier ne sont pas invoqués pour exclure un client ou mettre fin à son traitement. Le client et le thérapeute doivent donc continuellement ré-examiner les objectifs de traitement.

Bien que la réduction des méfaits soit pratique courante en santé mentale, ce terme n'est généralement pas employé dans ce domaine. Cependant, il s'applique aux troubles concomitants. De toute évidence, une forte proportion de personnes qui ont une maladie mentale consomment de l'alcool et d'autres drogues pour différentes raisons, bien qu'il y ait lieu d'approfondir cette question. Étant donné que bien des gens qui ont des troubles concomitants sont pauvres, sans abri, mal logés ou autrement défavorisés, la réduction des méfaits serait généralement prometteuse en réponse aux inégalités qu'entraînent les politiques sociales et de santé.

De nombreuses études ont été menées par la ARF et, aujourd'hui, par le CTSM, sur les drogues illégales et sur le rôle et les effets du système de justice pénale. Comme l'un des méfaits les plus graves de l'usage de cannabis est le risque de se retrouver avec un casier judiciaire en permanence, il est important d'en évaluer les conséquences dans la vie des contrevenants en vue de préconiser la modification des peines et l'élimination du crime de possession (Erickson, 1980). Les lacunes sur le plan des connaissances demeurent importantes, ce qui ouvre la voie à des recherches éventuelles. De nouvelles mesures législatives proposées par le gouvernement fédéral renforceraient la tradition du CTSM d'évaluer les conséquences sociolégales des politiques en matière de drogues. Avant de recommander des stratégies de réduction des méfaits du cannabis qui seraient acceptables pour ses usagers, il faut mener des études de leur répercussion à long terme sur la santé. Les tribunaux de traitement de la toxicomanie, qui permettent aux usagers ayant une forte dépendance d'éviter l'emprisonnement, de subir un traitement et de se réintégrer dans la collectivité, méritent une évaluation approfondie (LaPrairie et coll., sous presse). La mise en œuvre et l'évaluation des stratégies de réduction des méfaits de l'usage de drogues en prison est une autre question à étudier. Le problème des détenus qui se voient refuser le traitement à la méthadone, qui utilisent couramment des seringues contaminées et qui s'exposent eux-mêmes et exposent leur entourage à des maladies, est trop grave pour être laissé de côté.

V. Conclusion

En sa deuxième décennie de diffusion et d'application courante, l'approche de réduction des méfaits est en plein essor et fait partie intégrante de nombreux programmes du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Sur le terrain, un consensus est en voie de se former sur les limites de cette notion et les comportements auxquels elle devrait s'appliquer. Néanmoins, nous reconnaissons les limites de la réduction des méfaits, qui n'est pas une panacée. Pour respecter notre engagement à l'égard des soins axés sur le client, nous faisons appel également à une foule d'approches, y compris des programmes fondés sur l'abstinence.

Bien que notre rôle premier consiste à informer les intervenants du CTSM, à susciter des débats et à forger un consensus sur l'usage du terme « réduction des méfaits » au sein de notre organisme, nous espérons que l'ensemble de la collectivité participera à ce dialogue.

Diverses approches de réduction des méfaits s'appuient sur des preuves empiriques de plus en plus probantes, mais il y a lieu d'approfondir les recherches sur les interventions bien établies de même que sur certaines interventions nouvelles et controversées qui visent à réduire les méfaits associés à l'usage d'alcool et d'autres drogues.

D'après certaines indications, les programmes qui permettent de réduire les méfaits immédiats et à long terme des drogues pour leurs usagers sont bénéfiques pour l'ensemble de la collectivité, qui profite d'une baisse de la criminalité et des cas de désordre public, en plus des avantages qui découlent de la réinsertion sociale de personnes autrefois marginalisées. L'amélioration de la santé et du fonctionnement de ces personnes et l'incidence nette sur les méfaits dans la collectivité sont des indicateurs probants des réussites qui sont à l'actif de la réduction des méfaits. Le CTSM est d'avis que les politiques gouvernementales devraient s'appuyer sur les principes énoncés dans le présent document pour favoriser l'adoption de stratégies novatrices qui permettront de répondre le plus efficacement aux besoins des usagers de drogues et de la collectivité. Le CTSM invite donc le gouvernement et les autres organismes concernés à financer l'élaboration, la mise à l'essai, l'évaluation et la mise en œuvre d'un éventail complet de programmes de réduction des méfaits qui s'ajouteront aux autres interventions éprouvées destinées aux personnes ayant des problèmes liés aux drogues.

Bibliographie Selective

Généralités

Berridge, V. 1993. « Harm Minimization and Public Health: An Historical Perspective », dans N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann et P. O'Hare, éd., *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers, p. 55-64.

Bruneau, J., F. Eduardo et F. Lomothé. 1997. « Addressing Harm Reduction Strategies: The Dilemma of Observational Studies », *American Journal of Epidemiology*, vol. 146, p. 1007-1010.

Centre Canadien de Lutte Contre L'Alcoolisme et les Toxicomanies (CCLAT), Groupe de travail national sur la politique en matière de toxicomanie. 1998. *Harm Reduction: Concepts and Practices*, Ottawa, le Centre.

Cheung, Y.W. 2000. « Substance Abuse and Developments in Harm Reduction », *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 162, n° 12, p. 1697-1700.

Erickson, P.G. 1995. « Harm Reduction: What it is and is not », *Drug and Alcohol Review*, vol. 14, n° 3, p. 283-285.

Erickson, P.G., éd. 1999. « The Three Phases of Harm Reduction. An Examination of Emerging Concepts, Methodologies, and Critiques », *Substance Use & Misuse*, vol. 34, n° 1, p. 1-7. Numéro spécial sur la réduction des méfaits.

Erickson, P.G., D.M. Riley, Y.W. Cheung et P.A. O'Hare, éd. 1997. *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, University of Toronto Press.

Hathaway, A.D. 2001. « Shortcomings of Harm Reduction: Toward a Morally Invested Drug Reform Strategy », *International Journal of Drug Policy*, vol. 12, n° 2, p. 125-137.

Heather, N., A. Wodak, E. Nadelmann et P. O'Hare, éd. 1993. *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers.

Inciardi, J., et L. Harrison, éd. 2000. *Harm Reduction: National and International Perspectives*, Thousand Oaks, Sage.

Kalant, H. 1999. « Differentiating drugs by harm potential: the rational vs. the feasible », *Substance Use & Misuse*, vol. 34, n° 1, p. 25-34.

Nadelmann, E.A. 1993. « Progressive Legalizers, Progressive Prohibitionists and the Reduction of Drug-Related Harm », dans N. Heather, et coll., éd., *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers, p. 34-45.

National Association for Public Health Policy. 1999. « A public health approach to mitigating the negative consequences of illicit drug abuse », *Journal of Public Health Policy*, vol. 20, n° 3, p. 268-281.

Newcombe, R. 1992. « The Reduction of Drug-Related Harm: A Conceptual Framework for Theory, Practice and Research », dans P.A. O'Hare, et coll., éd., *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge, p. 1-14.

Ogborne, A., et C. Birchmore-Timney. 1999. « A framework for the evaluation of activities and programs with harm reduction objectives », *Substance Use & Misuse*, vol. 34, n° 1, p. 69-82.

O'Hare, P.A., R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning et E. Drucker, éd. 1992. *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. 1999. *Health for All in the 21st Century = Santé pour tous au XXI^e siècle*, Copenhague, l'Organisation.

Programme des Nations Unies Pour le Contrôle International des Drogues (PNUCID). 1997. *World Drug Report = Rapport mondial sur les drogues*, Oxford University Press.

Riley, D., et P. O'Hare. 2000. « Harm Reduction: History, Definition and Practice », dans J. Inciardi et L. Harrison, éd., *Harm Reduction: National and International Perspectives*, 1000 Oaks, Sage, p. 1-26.

Room, R. 1997. « Harm Reduction, Human Rights, and the WHO Expert Committee on Drug Dependence », dans P.G. Erickson, et coll., éd., *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, p. 119-130.

Sante Canada. 1998. *Canada's Drug Strategy = Stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa, ministre des Travaux publics.

Schmoke, K.L. 1995. « Medicalizing the War on Drugs », *Academic Medicine*, vol. 70, n° 5, p. 355-358.

Single, E. 1995. « Defining Harm Reduction », *Drug and Alcohol Review*, vol. 14, p. 287-290.

Single, E. 1999. *A Harm Reduction Framework for Drug Policy in British Columbia*. Document de travail rédigé pour le British Columbia Federal/Provincial Harm Reduction Working Group.

Strang, J. 1993. « Drug Use and Harm Reduction: Responding to the Challenge », dans N. Heather, éd., *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers, p. 3-20.

Zinberg, N. 1984. *Drug, Set and Setting: the Basis for Controlled Intoxicant Use*, New Haven, Yale University Press.

Opiacès Illègaux

BAMMER, G., A. DOBLER-MIKOLA, P. FLEMING, J. STRANG et A. UCHTENHAGEN. 1999. « The heroin prescribing debate: Integrating science and politics », *Science*, vol. 284, p. 1277-1278.

BATTERSBY, M., M. FARRELL, M. GOSSOP, P. ROBSON et J. STRANG. 1992. « 'Horse trading': prescribing injectable opiates to opiate addicts. A descriptive study », *Drug and Alcohol Review*, vol. 11, p. 35-42.

COMMISSION LE DAIN. 1973. *Rapport final de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales* = *Final Report of the Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs*, Ottawa, Information Canada.

DEBURGER, R. 1997. « Heroin substitution in Canada: A necessary public health intervention », *Canadian Journal of Public Health* = *Revue canadienne de santé publique*, vol. 88, p. 365.

FAUPEL, C.E., et C.B. KLOCKARS. 1987. « Drugs-crime connections: Elaborations from the life histories of hard-core heroin addicts », *Social Problems*, vol. 34, n° 1, p. 54-68.

FISCHER, MEDVED, KIRST, REHM et GLIKSMAN. 2001. « Illicit opiates and crime: Results of an untreated user cohort study in Toronto », *Canadian Journal of Criminology* = *Revue canadienne de criminologie*, vol. 43, n° 2, p. 197-217.

FISCHER, B., W. MEDVED, L. GLIKSMAN et J. REHM. 1999. « Illicit opiates in Toronto: A profile of current users », *Addiction Research*, vol. 7, n° 5, p. 377-415.

FISCHER, B., et J. REHM. 1997. « The case for a heroin substitution treatment trial in Canada », *Canadian Journal of Public Health* = *Revue canadienne de santé publique*, vol. 88, p. 367-370.

FISCHER, B., A. CHIN, I. KUO, M. KIRST et D. VLAHOV (sous presse). « Opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment in Canada: A qualitative focus group study », *Substance Use and Misuse*.

GILLESPIE, R. W. 1978. « Heroin addiction, crime and economic cost: A critical analysis », *Journal of Criminal Justice*, vol. 6, p. 305-313.

GRAPENDAAL, M., E. LEUW et H. NELEN. 1992. « Drugs and crime in an accommodating social context: The situation in Amsterdam », *Contemporary Drug Problems*, vol. 19, p. 303-326.

HANKINS, C., et coll. 1997. *HIV, AIDS and Injection Drug Use - A National Action Plan* = *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, Santé Canada.

KILLIAS, M., et J. RABASA. 1997. « Less crime in the cities through heroin prescription? Preliminary results from the evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects », *The Howard Journal of Criminal Justice*, vol. 36, n° 4, p. 424-429.

KRAUSZ, M., A. UCHTENHAGEN et W. VAN DEN BRINK. 1999. « Medically indicated heroin prescription in the treatment of drug addicts: Clinical trials and developments in research in Europe », *Sucht*, vol. 45, p. 171-186.

KUO, I., B. FISCHER et D. VLAHOV. 2000. « Consideration of a North American Heroin-Assisted Trial for the Treatment of Opiate-Dependent Individuals », *International Journal of Drug Policy*, vol. 11, p. 357-370.

NADELMANN, E., et J. MCNEELY. 1996. « Doing methadone right », *The Public Interest*, vol. 123, p. 83-93.

SCHECHTER, M., S. STRATHDEE, P. CORNELISSE, S. CURRIE, D. PATRICK, M. REKART et M. O'SHAUGHNESSY. 1999. « Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: An investigation of the Vancouver outbreak », *AIDS*, vol. 13, p. F45-F51.

STRATHDEE, S., D. PATRICK, S. CURRIE, P. CORNELISSE, M. REKART, J. MONTANER, M. SCHECHTER et M. O'SHAUGHNESSY. 1997. « Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study », *AIDS*, vol. 11, p. F59-F65.

STRATHDEE, S.A., E.J.C. VAN AMEIJDEN, F. MESQUITA, A. WODAK, S. RANA et D. VLAHOV. 1998. « Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? », *AIDS*, vol. 12, p. S71-S79.

WALL, R., J. REHM, B. FISCHER, B. BRANDS, L. GLIKSMAN, J. STEWART, W. MEDVED et J. BLAKE. 2001. « The social cost of untreated opiate use », *Journal of Urban Health*, vol. 77, p. 688-722.

Cocaine

ARGANARAS, F.C. 1997. « Harm reduction at the supply side of the drug war: the case of Bolivia », dans P.G. Erickson, et coll., éd., *Harm Reduction: A New Direction in Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, p. 99-118.

BOTTOMLEY, T., T. CARNWATH, J. JEACOCK, et coll. 1997. « Crack cocaine - tailoring services to user need », *Addiction Research*, vol. 5, p. 223-234.

CHEUNG, Y., P.G. ERICKSON et T. LANDAU. 1991. « Experience of crack use: findings from a community based sample in Toronto », *Journal of Drug Issues*, vol. 21, n° 1, p. 121-140.

COHEN, P. 1997. « Crack in the Netherlands: effective drug policy is effective social policy », dans C. Reinerman et H. Levine, éd., *Crack in America*, Berkeley, University of California Press, p. 214-224.

ERICKSON, P.G. 1993. « The prospects of harm reduction for psychostimulants », dans N. Heather, et coll., éd., *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, Londres, Whurr, p. 184-210.

ERICKSON, P.G., E. ADLAF, R.G. SMART et G.F. MURRAY. 1994. *The Steel Drug: Cocaine and Crack in Perspective*, 2^e éd., New York, Lexington Books.

ERICKSON, P.G., J. BUTTERS et B. GERMAN. 2002. *Flexing crack in Toronto: a deviant pathway for poor, homeless drug users*, Ashgate (sous presse).

ERICKSON, P.G., J. BUTTERS, P. MCGILLICUDDY et A. HALLGREN. 2000. « Crack and prostitution: gender, myths and experiences », *Journal of Drug Issues*, vol. 30, n° 4, p. 767-788.

ERICKSON, P.G., et Y. CHEUNG. 1999. « Harm reduction among cocaine users: reflections on individual intervention and community social capital », *International Journal of Drug Policy*, vol. 10, p. 235-246.

ERICKSON, P.G., et T. WEBER. 1994. « Cocaine careers, control and consequences: results from a Canadian study », *Addiction Research*, vol. 2, n° 1, p. 37-50.

GETER, R.S. 1994. « Drug user settings: a crack house typology », *International Journal of the Addictions*, vol. 29, p. 1015-1027.

HARRISON, L. 1994. « Cocaine using careers in perspective », *Addiction Research*, vol. 2, n° 1, p. 1-20.

MUGFORD, S. 1997. « Crack in Australia », dans C. Reinerman et H. Levine, éd., *Crack in America*, Berkeley, University of California Press, p. 194-213.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ [OMS]. 1995. *Cocaine Project*, Genève, Programme de lutte contre les toxicomanies.

PEELE, S., et R. DEGRANDPRE. 1998. « Cocaine and the concept of addiction: environmental factors in drug compulsion », *Addiction Research*, vol. 6, p. 235-263.

TONEATTO, T., L. SOBELL et M. SOBELL. 1999. « Natural recovery from cocaine dependence », *Psychology of Addictive Behaviours*, vol. 13, n° 4, p. 259-268.

WALDORF, D., C. REINARMAN et S. MURPHY. 1991. *Cocaine Changes: the experience of using and quitting*, Philadelphie, Temple University Press.

Ecstasy [MDMA, XTC]

BECK, J., et M. ROSENBAUM. 1994. *Pursuit of Ecstasy: The MDMA Experience*, Albany, SUNY Press.

FROMBERG, E. 1992. « A harm reduction educational strategy towards Ecstasy », dans O'Hare, et coll., éd., *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge, p. 146-153.

KALANT, H. 2001. « The pharmacology and toxicology of 'ecstasy' (MDMA) and related drugs », *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 165, n° 7, p. 917-928.

MCDERMOTT, P., A. MATTHEWS, P. O'HARE et A. BENNETT. 1993. « Ecstasy in the United Kingdom: recreational drug use and subcultural change », dans N. Heather, et coll., éd., *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, Londres, Whurr, p. 230-246.

SPRUITT, I. 1999. « Ecstasy use and policy responses in the Netherlands », *Journal of Drug Issues*, vol. 29, n° 3, p. 653-678.

VASTAG, B. 2001. « Ecstasy experts want realistic messages », *JAMA*, vol. 286, n° 7, p. 777.

WEBER, T. 1999. « Raving in Toronto: peace, love, unity and respect in transition », *Journal of Youth Studies*, vol. 2, n° 3, p. 317-336.

WIJNGAART, G. VAN DE, R. BRAAM, D. DE BRUIN, M. FRIS, N. MAALSTE et H. VERBRAECK. 1997. *Ecstasy and the Dutch Rave Scene*, Utrecht, Centrum voor Verslavingsonderzoek Universiteit Utrecht.

Alcool

BONDY, S.J., J. REHM, M.J. ASHLEY, G. WALSH, E. SINGLE et R. ROOM. 1999. « Low-risk drinking guidelines: The scientific evidence », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, p. 264-270.

GLIKSMAN, L., D. DOUGLAS, M. RYLETT et C. NARBONNE-FORTIN. 1995. « Reducing problems through municipal alcohol policies: The Canadian experiment in Ontario », *Drugs: Education, Prevention & Policy*, vol. 2, p. 105-118.

GLIKSMAN, L., D. MCKENZIE, E. SINGLE, R. DOUGLAS, S. BRUNET et K. MOFFATT. 1993. « The Role of Alcohol Providers in Prevention: An Evaluation of a Server Intervention Programme », *Addiction*, vol. 88, p. 1195-1203.

MANN, R.E., G. STODUTO, S. MACDONALD, A. SHAIKH, S. BONDY et B. JONAH. 2001. « The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: An international review », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 33, p. 61-75.

MARLATT, G.A., et J.S. BAER. 1997. « Harm reduction and alcohol abuse: a brief intervention for college-student binge drinking », dans P.G. Erickson, et coll., éd., *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, p. 245-264.

NARBONNE-FORTIN, C., R. LAUZON et R.R. DOUGLAS. 1997. « Reducing Alcohol-Related Harm in Communities: A Policy Paradigm », dans P.G. Erickson, et coll., éd., *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, p. 228-244.

PLANT, M. 1997. « Reducing alcohol-related harms: towards a balanced and disaggregated perspective », dans P.G. Erickson, et coll., éd., *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, p. 203-212.

RUSH, B.R., et B. ALLEN. 1997. « Attitudes and beliefs of the general public about treatment of alcohol problems », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, vol. 88, p. 41-43.

SINGLE, E. 1997. « The Concept of Harm Reduction and its Application to Alcohol: The 6th Dorothy Black Lecture », *Drugs: Education, Prevention And Policy*, vol. 4, n° 1, p. 7-22.

SINGLE, E. 1997. « Towards a harm reduction approach to alcohol problem prevention », dans P.G. Erickson, et coll., éd., *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, p. 195-202.

STOCKWELL, T. 1997. « Harm reduction and licensed drinking settings », dans P.G. Erickson, et coll., éd., *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, p. 213-227.

Tabac

BERRIDGE, V. 1999. « Histories of harm reduction: illicit drugs, tobacco and nicotine », *Substance Use & Misuse*, vol. 34, n° 1, p. 35-48.

FERRENCE, R., D. CAPE, K. MACCON, M.J. ASHLEY, L. PEDERSON, J. COHEN, et coll. *Environmental Factors in Relapse to Smoking*. Affiches présentées à la 6^e assemblée annuelle de la Society for Research on Nicotine and Tobacco, Arlington (Virginie), 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). 2001. *Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction*, sous la direction de K. Stratton, P. Shetty, R. Wallace et S. Bondurant. Committee to Assess the Science Base for Tobacco Harm Reduction, Board on Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine, Washington (D.C.), National Academy Press. Exempleaire pré tirage.

KOZLOWSKI, L.T. 1989. « Reduction of tobacco health hazards in continuing users: individual behavioural and public health approaches », *Journal of Substance Abuse*, vol. 1, p. 345-357.

OFFICE OF ENVIRONMENTAL HEALTH HAZARD ASSESSMENT (OEHHA), California Environmental Protection Agency. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: Final Report*, Sacramento (Californie), septembre 1997.

RESNICOW, K., M. SMITH, L. HARRISON et E. DRUCKER. 1999. « Correlates of occasional cigarette and marijuana use: are teens harm reducing? », *Addictive Behaviours*, vol. 24, n° 2, p. 251-266.

RUSSELL, M.A.H. 1993. « Reduction of smoking-related harm: the scope for nicotine replacement », dans N. Heather, et coll., éd., *Psychoactive Drugs & Harm Reduction: From Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers, p. 153-167.

SAFFER, H., et F. CHALOUPIKA. 2000. « The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption », *Journal of Health Economics*, vol. 19, p. 1117-37.

SANTÉ CANADA. 1999. « Exposure to environmental tobacco smoke = Exposition à la fumée secondaire », *National Population Health Survey Highlights = Faits saillants de l'Enquête nationale sur la santé de la population*.

SCHALER, J.A., et M.E. SCHALER, éd. 1998. *Smoking: Who Has the Right?*, New York, Prometheus Books.

SINGLE, E. 1996. *Harm reduction and nicotine*. Exposé présenté lors d'un atelier sur la réduction des méfaits et le tabac, Fondation des maladies du cœur du Canada, Ottawa, 29 octobre 1996.

STRATTON, K., P. SHETTY, R. WALLACE et S. BONDURANT, éd. 2001. « Clearing the smoke: the science base for tobacco harm reduction-executive summary », *Tobacco Control*, vol. 10, p. 189-95.

UNITÉ DE RECHERCHE SUR LE TABAGISME EN ONTARIO. *Protection from Second-hand Tobacco Smoke in Ontario: A Review of the Evidence Regarding Best Practices*, Toronto, Université de Toronto, mai 2001.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). 1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease Control, DHHS Publication No. (CDC) 89-8411.

Traitement

BRANDS, J., B. BRANDS et D. MARSH. 2000. « The expansion of methadone prescribing in Ontario, 1996-1998 », *Addiction Research*, vol. 8, n° 5, p. 485-496.

CAIN, J.V. 1994. *Report of the Task Force into Illicit Narcotic Overdose Deaths in British Columbia*, Colombie-Britannique, Ministry of Attorney General.

CHEUNG, Y.W., et J.M.N. CH'IEN. 1999. « Previous participation in outpatient methadone program and residential treatment outcome », *Substance Use & Misuse*, vol. 34, n° 1, p. 103-118.

CHEUNG, Y.W., et N.W.T. CHEUNG. 2000. « Social Capital and Recovery from Drug Addiction: Findings of a Study of Treated Drug Addicts in Hong Kong », *Hong Kong Journal of Sociology*, vol. 1, p. 29-51.

COMMISSION LE DAIN. 1972. *Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs - Treatment Report = Le traitement : rapport de la commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*, Ottawa, Information Canada.

DENNING, P. 2000. *Practising Harm Reduction Psychotherapy: An Alternative Approach to Addictions*, New York, Guildford.

FISCHER, B. 2000. « Prescriptions, power and politics: The turbulent history of methadone maintenance in Canada », *Journal of Public Health Policy*, vol. 21, n° 2, p. 187-210.

HEATHER, N. 1995. « Groundwork for a research program on harm reduction in alcohol and drug treatment », *Drug and Alcohol Review*, vol. 14, n° 3, p. 331-336.

HUNT, D., D. LIPTON, D. GOLDSMITH, D. STRUG et B. SPUNT. 1986. « It takes your heart: the image of methadone maintenance in the addict world and its effects on recruitment into treatment », *International Journal of the Addictions*, vol. 20, p. 1751-1771.

LANGENDAM, M.W., G.H.A. VAN BRUSSEL, R.A. COUTINHO et E.J.C. VAN AMEIJDEN. 2001. « The Impact of Harm-Reduction-Based Methadone Treatment on Mortality Among Heroin Users », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 5.

MARLATT, A.G., A.W. BLUME et G.A. PARKS. 2001. « Integrating Harm Reduction Therapy and Traditional Substance Abuse Treatment », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 33, n° 1.

SANCHEZ-CRAIG, M., et H. LEI. 1986. « Disadvantages of imposing the goal of abstinence on problem drinkers: An empirical study », *British Journal of Addiction*, vol. 81, p. 505-512.

SKINNER, W. et J. DRAKE. 1997. « Helping Cocaine and Heroin Users », dans S. Harrison et V. Carver, éd., *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, p. 77-89.

WILD, T.C. 1999. « Compulsory substance user treatment and harm reduction: a critical analysis », *Substance Use & Misuse*, vol. 34, n° 1, p. 83-102.

Diversite et Contexte et Ethnoculturel

ABORIGINAL PEER PROJECT. 2000. *Harm reduction in the Aboriginal Community in the Greater Toronto Area*, 16 octobre 2000. Document de travail.

CHEUNG, Y., T. WEBER et P. BIRING. 1997. « Alcohol and other drug use in the Punjabi community in Peel, Ontario: experiences in ethno-cultural harm reduction », dans P.G. Erickson, et coll., éd., *Harm Reduction: A New Direction in Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, p. 365-382.

DAISY, F., L.R. THOMAS et C. WORLEY. 1998. « Alcohol use and harm reduction within the native community », dans G.A. Marlatt, éd., *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, New York, Guildford, p. 327-349.

ERICKSON, P.G. 1994. « Implications of harm reduction for substance abuse problems of native people », dans D. McKenzie, éd., *Aboriginal Substance Use: Research Issues*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les autochtones, p. 65-68.

HENMAN, A. 1993. « Harm-reduction or harm aggravation? The impact of the developed countries' drug policies in the developing world », dans N. Heather, et coll., éd., *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, Londres, Whurr, p. 247-256.

LANDAU, T. 1996. « The prospects of a harm reduction approach among indigenous people in Canada », *Drug and Alcohol Review*, vol. 15, p. 393-401.

LANGE, P., et P.G. ERICKSON. 1998. *The scope of harm reduction: Benefits and misapplications for aboriginal peoples*. Document présenté à la 9^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, São Paulo, Brésil, 15-19 mars 1998.

LAUZON, R., I. MCKAY, T. GREGOIRE, R. DOUGLAS et L. GLIKSMAN. 1998. « Mattagami First Nation Policy to Reduce Alcohol-Related Harm », *Canadian Journal of Native Studies = Revue canadienne des études autochtones*, vol. 18, p. 37-48.

RANA, S. 1997. « Harm reduction in Asia », *The International Journal of Drug Policy*, vol. 8, n° 3, p. 132-136.

SAMARASINGHE, S. 1995. « Harm reduction in the developing world », *Drug and Alcohol Review*, vol. 14, n° 3, p. 305-309.

SHINFUKU, N. 1993. « Harm reduction policies and programs in the developing world », dans N. Heather, et coll., éd., *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, Londres, Whurr, p. 257-265.

YOUNG, T.K. 1994. *The Health of Native Americans: Towards a Biocultural Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press.

Justice Pénale

BROCHU, S. 1995. *Estimating the Costs of Drug-Related Crime*. Deuxième colloque international sur les coûts sociaux et économiques de l'abus d'alcool et de drogues (CASA), Columbia University.

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE [CTSM]. 2000. *Position du CTSM quant aux sanctions juridiques touchant la possession et l'usage de cannabis*, Toronto, CTSM.

DORN, N. 1992. « Clarifying policy options on drug trafficking: harm minimization is distinct from legalization », dans P.A. O'Hare, et coll., éd., *Reduction of Drug-related Harm*, Londres, Routledge, p. 108-121.

ERICKSON, P.G. 1980. *Cannabis Criminals: The Social Effects of Punishment on Drug Users*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

ERICKSON, P.G. 2000. « The Harm minimization Option for Cannabis: History and Prospects in Canadian Drug Policy », dans L. Harrison et J. Inciardi, éd., *Harm Reduction: National and International Perspectives*, Sage Publications, p. 155-169.

ERICKSON, P.G., et J. BUTTERS. 1998. « The emerging harm reduction movement: The de-escalation of the war on drugs? », dans E.L. Jensen et J. Gerber, éd., *The New War on Drugs: Symbolic Politics and Criminal Justice Policy*, Cincinnati, Anderson Publishing and Academy of American Criminal Justice Sciences, p. 177-196

ERICKSON, P.G., et G.F. MURRAY. 1986. « Cannabis Criminals Revisited », *British Journal of Addiction*, vol. 81, n° 1, p. 77-81.

FISCHER, B.F. 1997. « The Battle for a Canadian Drug Law: A Legal Basis for Harm Reduction or a New Basis for Prohibition? », dans P.G. Erickson, éd., *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, p. 47-68.

FISCHER, B., P. ERICKSON et R. SMART. 1996. « The new Canadian drug law: One step forward, two steps backward », *The International Journal of Drug Policy*, vol. 7, n° 3, p. 172-179.

FRASER, A., et M. GEORGE. 1992. « The role of the police in harm reduction », dans P.A. O'Hare, et coll., éd., *The Reduction of Drug-related Harm*, Londres, Routledge, p. 90-94.

HELLAWELL, K. 1995. « The role of law enforcement in minimizing the harm resulting from illicit drugs », *Drug and Alcohol Review*, vol. 14, n° 3, p. 317-322.

LAPRAIRIE, C., L. GLIKSMAN, P. ERICKSON, R. WALL et B. NEWTON-TAYLOR. 2002 (sous presse). « Drug Treatment Courts - A Viable Option for Canada? », dans L. Harrison, éd., *Substance Use and Misuse, Special Edition: Drug User Treatment Courts*.

LENTON, S., P. HEALE, P.G. ERICKSON, E. SINGLE, E. LANG et D. HAWKS. 2000. *The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply*, Perth, National Drug Research Institute. Document de travail préparé pour le Drugs and Crime Prevention Committee du parlement de l'État de Victoria.

MACDONALD, S., et P.G. ERICKSON. 1999. « Factors associated with attitudes toward harm reduction among judges in Ontario, Canada », *International Journal of Drug Policy*, vol. 10, p. 17-24.

PEARSON, G. 1992. « Drugs and criminal justice: a harm reduction perspective », dans P.A. O'Hare, et coll., éd., *The Reduction of Drug-related Harm*, Londres, Routledge, p. 15-29.

SINGLE, E. 1998. « The economic costs of illicit drugs and drug enforcement », *Policy Options*, vol. 19, n° 8, p. 3-6.