

Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario

Résumé de pratique clinique : La réduction des méfaits pour les jeunes qui consomment des substances psychoactives



youth
wellness
hubs

ONTARIO

carrefours
bien-être
pour les jeunes

DE L'ONTARIO

Dernière mise à jour : septembre 2025

Remerciements

Le présent *Résumé de pratique clinique : La réduction des méfaits pour les jeunes qui consomment des substances psychoactives* présente des éléments pratiques et fournit des exemples pour améliorer la mise en œuvre de la réduction des méfaits dans la pratique. Ce résumé a pour objectif d'aider les cliniciens, les thérapeutes, les conseillers, les travailleurs sociaux, les intervenants en service social, les infirmiers et infirmières praticiens, les infirmiers et infirmières autorisés, les médecins et d'autres professionnels de la santé qui offrent des traitements et des services de aux jeunes 12 à 25 ans ayant des problèmes d'usage de substances et de dépendance. Il est destiné à des fins éducatives et informatives uniquement. Il ne remplace pas une formation professionnelle, les politiques de l'établissement ou le jugement clinique.

En collaboration avec des partenaires provinciaux, les Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario (CBEJO) contribuent au renforcement des compétences des professionnels de la santé mentale et de la dépendance en matière de prise en charge de l'usage de substances chez les enfants et les jeunes de l'Ontario. Nous remercions tout particulièrement le Comité directeur provincial du renforcement des compétences en matière de prise en charge de l'usage de substances d'avoir guidé et soutenu l'élaboration de ce résumé, et d'avoir assuré la collaboration et l'harmonisation des systèmes entre les différents secteurs.

Personnes du bureau provincial des Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario ayant contribué à ce résumé :

- Leshawn Benedict, agent de transfert des connaissances
- Christopher Bourke, responsable de la mobilisation des connaissances
- Michelle Peralta, responsable des soins de première ligne
- Stephanie Coronado-Montoya, boursière postdoctorale
- Art Vijayaratham, spécialiste de marque et de contenu
- Waasii Hester, spécialiste de l'engagement auprès des jeunes
- Abdur Willie, spécialiste de l'engagement auprès des jeunes

Pour obtenir plus d'information sur ce résumé, veuillez nous écrire à l'adresse training@ywho.ca

Pour citer cet ouvrage :

Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario. Résumé de pratique clinique : La réduction des méfaits pour les jeunes qui consomment des substances psychoactives. 2025 <https://youthhubs.ca/fr/cbejo-developpement-des-competences>.

Imprimé au Canada © 2025 Centre de toxicomanie et de santé mentale. La reproduction de ce résumé à des fins personnelles est autorisée. À l'exception d'une utilisation personnelle, aucune partie de cet ouvrage ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie et l'enregistrement, ou par tout système de stockage et de récupération de données sans l'autorisation écrite de l'éditeur, sauf pour une brève citation (ne dépassant pas 200 mots) dans une revue de littérature ou un travail professionnel. Ce document a été produit grâce à une contribution financière du ministère de l'Éducation. Les opinions exprimées dans ce résumé ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de l'Éducation.

Table des matières

Qu'est-ce que la réduction des méfaits?.....	4
Exemples de réduction des méfaits.....	5
Considérations axées sur la pratique.....	6
Considérations pour la mise en œuvre sur le plan organisationnel et programmatique	10
Examen des données probantes sur les approches de réduction des méfaits et de prise en charge de l'usage de substances chez les jeunes	14
Liens et ressources	16
Références.....	17

Qu'est-ce que la réduction des méfaits?

La **réduction des méfaits** est une approche de santé publique fondée sur des données probantes qui s'applique à plusieurs domaines de la santé, tels que l'utilisation sécuritaire de véhicules, les pratiques sexuelles plus sûres, la prévention des blessures, la lutte contre les maladies infectieuses et l'usage de substances.^{1,2} Dans le contexte de la consommation de substances, la réduction des méfaits vise à diminuer les conséquences négatives sur la santé, la société et l'économie liées à cette consommation. Cette approche reconnaît que l'éventail des objectifs de réduction des méfaits peut également inclure des résultats liés à l'abstinence.² Elle englobe divers programmes, services et pratiques visant à réduire les méfaits associés à l'usage de substances.³

L'approche de réduction des méfaits est particulièrement pertinente pour les jeunes, car elle tient compte des réalités de l'adolescence, qui est souvent une période caractérisée par un développement neurologique rapide, la curiosité, la prise de risques, l'expérimentation de substances, le scepticisme à l'égard de l'autorité et d'autres comportements à risque.^{4,5} Les jeunes peuvent faire usage de substances pour différentes raisons, telles que la gestion du stress, le plaisir, les relations sociales, l'expérimentation, l'amélioration de la performance, l'exploration spirituelle ou la gestion de leur santé physique ou mentale.^{6,7} Les approches de réduction des méfaits liées à l'usage de substances peuvent également être pertinentes pour les jeunes qui déclarent percevoir des avantages à leur consommation, car elles peuvent être mieux adaptées à leur réalité et à leurs motivations pour modifier leur usage. La réduction des méfaits intègre une approche sans jugement qui peut inviter les jeunes à réfléchir aux méfaits que les drogues ou l'alcool ont dans leur vie. Pour adapter la réduction des méfaits aux jeunes, il faut reconnaître ces facteurs et répondre à leurs besoins en adoptant une approche adaptée à leur développement et sécuritaire sur le plan culturel.⁸

D'après les données probantes, les stratégies de réduction des méfaits peuvent être efficaces pour aider les jeunes à réduire leur usage global de substances, à limiter les effets néfastes, à prévenir la transmission de maladies infectieuses, à atténuer les risques d'intoxication aux drogues et à lutter contre d'autres méfaits liés à l'usage de substances (voir page 14).⁶ La réduction des méfaits permet aux jeunes d'acquérir les connaissances dont ils ont besoin pour rester en sécurité et éviter les situations dangereuses. L'intégration de la réduction des méfaits dans un continuum de soins plus vaste représente une porte d'entrée importante aux services de santé et de soutien social qui permet aux jeunes d'accéder aux bons services au bon moment.³

Exemples de réduction des méfaits

Il existe de nombreux exemples de pratiques, de programmes et de services de réduction des méfaits, mais il est important de noter que les lois et la réglementation locales les influencent souvent. Voici quelques exemples de réduction des méfaits liés à l'usage de substances :



Services d'éducation et de soutien

- Éducation sur l'usage de substances et l'usage plus sécuritaire de celles-ci
- Conseils et soutien par les pairs



Prévention des surdoses

- Distribution de matériel de prévention des surdoses (p. ex. distribution de naloxone)
- Programmes d'échange de seringues et d'aiguilles
- Services de vérification des substances



Usage supervisé et réglementé

- Sites de consommation supervisée
- Supervision virtuelle pour les usagers de substances



Interventions médicales

- Traitement par des agonistes des récepteurs opioïdes (p. ex. méthadone et buprénorphine)
- Services de prise en charge du sevrage en milieu communautaire et hospitalier

Considérations axées sur la pratique concernant la réduction des méfaits chez les jeunes

Considérations axées sur la pratique – Services

1.1

Adopter une approche centrée sur le patient qui reconnaît les avantages perçus de l'usage de substances et propose des stratégies de réduction des méfaits qui correspondent aux objectifs de la personne.⁹

Exemple : Au cours d'une séance de counseling, un jeune confie que le cannabis l'aide à calmer son anxiété et à mieux dormir. Au lieu de se concentrer uniquement sur l'abstinence, le prestataire de services valide son anxiété et son désir d'y remédier. Ils réfléchissent ensemble à d'autres moyens de traiter l'anxiété et à la manière dont l'usage de substances pourrait l'atténuer ou l'aggraver.

1.2

Reconnaître que les adolescents qui font usage de substances ne présentent pas tous forcément un trouble lié à l'usage de substances qui peut être diagnostiqué et qu'un traitement n'est pas toujours indiqué.⁹

Exemple : Un jeune qui boit parfois quand il fait la fête reçoit une formation sur les recommandations en matière de consommation d'alcool et les méfaits de la consommation excessive, plutôt que d'être orienté vers un traitement de la dépendance.

1.3

Évaluer la disposition d'un jeune à participer à des services ou à des stratégies de réduction des méfaits et faire tout son possible pour respecter ses préférences et ses besoins.¹⁰

Exemple : Un jeune refuse une formation sur la naloxone, mais accepte d'emporter chez lui un document sur l'usage plus sécuritaire de substances. Le prestataire de services respecte ce choix et revient sur le sujet lors de séances ultérieures.

1.4

Adapter les programmes de réduction des méfaits aux besoins des jeunes et veiller à ce qu'ils tiennent compte de leur stade de développement.³

Exemple : Un programme porte ouverte propose des ateliers interactifs conçus en collaboration avec des jeunes pour que le langage soit adapté à cette clientèle. Des pairs parlent de l'usage de substances et de la réduction des méfaits.

1.5

Personnaliser les programmes de traitement afin de répondre aux besoins de chaque jeune.¹¹

Exemple : Un jeune présentant un diagnostic concomitant à l'usage de substances et éprouvant des difficultés à l'école reçoit un plan de soins intégrant réduction des méfaits, soutien scolaire et social, psychothérapie et d'autres services qui a été élaboré avec sa collaboration.

1.6

Respecter l'autonomie des jeunes et leur expliquer clairement les avantages et les inconvénients potentiels de la réduction des méfaits.⁵

Exemple : Un prestataire de services explique les avantages et les limites des tests de dépistage de drogues, comme l'utilisation d'une bandelette de détection du fentanyl, pour s'assurer que les jeunes sont informés des risques et des réalités.

1.7

Utiliser des programmes conçus par des pairs pour améliorer la portée des services, l'engagement et l'échange d'informations sur la santé entre les jeunes.¹²

Exemple : Une équipe de sensibilisation dirigée par des jeunes transmet de l'information sur la réduction des méfaits et raconte ses expériences lors d'un événement communautaire ou d'une levée de fonds

1.8

Comprendre que les jeunes constituent un groupe diversifié de personnes qui ont des expériences variées en matière de stratégies de réduction des méfaits, lesquelles sont façonnées par différents contextes.^{7,9,13}

Exemple : Un programme propose plusieurs stratégies ou initiatives de réduction des méfaits, reconnaissant qu'un jeune vivant en milieu urbain peut avoir besoin d'un soutien différent de celui d'un jeune autochtone ou 2SLGBTQIA+ vivant en milieu rural.

Considérations axées sur la pratique – Soins tenant compte des traumatismes et de la culture

2.1

Intégrer les principes de sécurité culturelle autochtone, de soins tenant compte des traumatismes et de réduction des méfaits pour guider les interactions et la prestation des services.¹⁰

Exemple : Travailler avec des organismes autochtones pour offrir une éducation à la réduction des méfaits adaptée à la culture.

2.2

Utiliser une approche tenant compte des traumatismes qui favorise la sécurité, le choix et la confiance, qui reconnaît que de nombreux jeunes peuvent avoir vécu des traumatismes qui ont une incidence sur leur usage de substances et leur recours aux services.¹⁴

Exemple : Un prestataire de services reconnaît que l'usage de substances peut résulter d'expériences traumatisantes. Il reconnaît également que la confiance prend du temps à s'établir et que les changements de comportement prennent du temps à se produire.

2.3

Tenir compte des différences culturelles, sociales et géographiques dans l'usage de substances chez les jeunes et élaborer des stratégies de réduction des méfaits afin de garantir la pertinence des programmes.⁷

Exemple : L'équipe d'extension des services d'un organisme adapte les stratégies de réduction des méfaits aux tendances locales en matière de drogues, aux obstacles au transport, au contexte historique et aux valeurs communautaires et culturelles en matière de vie privée. Il faut tenir compte de la sensibilisation des communautés locales aux dangers particuliers liés à l'approvisionnement en drogues, aux surdoses et à l'utilisation des alertes de santé publique.

Considérations axées sur la pratique – Communication et établissement de relations

3.1

Utiliser un langage intentionnel, centré sur la personne et adapté à la communauté afin de réduire la stigmatisation, de favoriser l'inclusion, d'établir des relations et d'équilibrer les rapports de force.¹⁵

Exemple : Parler d'une personne comme d'un « jeune qui consomme des substances » plutôt que d'un « toxicomane » et éviter les étiquettes lors des discussions sur les options de services et des orientations.

3.2

Établir une relation de collaboration avec les jeunes et valider leurs expériences afin de maximiser le potentiel d'amélioration des résultats.⁹

Exemple : Au cours d'une séance, un jeune peut dire qu'il consomme des substances pour gérer le stress lié à sa famille et à son travail. Le prestataire de services l'écoute sans le juger, valide sa stratégie d'adaptation et explore des façons plus sécuritaires de faire usage de substances et d'autres moyens de faire face à la situation.

3.3

Expliquer clairement les risques liés à l'usage de substances et comment les réduire tout en favorisant une communication ouverte.⁹

Exemple : Un prestataire de services explique les risques liés au mélange de substances comme l'alcool et les benzodiazépines, tout en discutant des stratégies d'usage plus sécuritaires et en encourageant des contrôles réguliers. Le prestataire de services tient également compte de la manière dont le jeune va traiter et recevoir ces renseignements.

3.4

Tirer parti des liens familiaux et sociaux dans la mesure du possible tout en tenant compte des craintes des adolescents quant à la divulgation et aux conséquences juridiques.⁹

Exemple : Après avoir expliqué le secret professionnel, transmis de l'information et obtenu le consentement du jeune, le prestataire de services fait appel à un adulte de confiance pour planifier la prise en charge.

3.5

Former les jeunes adultes à la réduction des méfaits et développer leur capacité à participer à tous les niveaux du programme.³

Exemple : Un programme de lutte contre l'usage de substances chez les jeunes fait appel à des jeunes qui utilisent ou qui ont déjà utilisé les services offerts et les forme à coanimer des ateliers, à fournir des commentaires sur le programme et à soutenir l'extension des services.

3.6

Respecter les droits des jeunes à la vie privée et à la confidentialité en mettant en place des politiques et en veillant à ce que les jeunes connaissent leurs droits.¹⁶

Exemple : Les prestataires de services connaissent les règles et la réglementation locales en matière de respect de la vie privée et de confidentialité. Ils sont en mesure de les expliquer clairement dans un langage adapté aux jeunes qui permet l'anonymat lors de l'accès aux fournitures de réduction des méfaits.

Considérations axées sur la pratique – Connaissances liées à la réduction des méfaits

4.1

Connaître les fournitures et les pratiques de réduction des méfaits et tenir compte des lois locales relatives à l'offre de fournitures de réduction des méfaits aux jeunes.⁹

Exemple : Une infirmière explique comment utiliser la naloxone et les bandelettes de détection du fentanyl et explique clairement les politiques ou procédures de l'Ontario concernant l'accès des jeunes aux trousseaux de réduction des méfaits.

4.2

Fournir des renseignements sur les risques associés à l'association de plusieurs substances.⁹

Exemple : Un prestataire de services discute avec un jeune des effets négatifs que le mélange de certaines substances peut avoir sur la santé physique, notamment sur la respiration, et lui enseigne les signes d'une surdose ou les conséquences dangereuses liées au mélange de différentes substances.

4.3

Offrir des conseils clairs qui intègrent la réduction des méfaits, même lorsque le traitement ou l'arrêt de l'usage n'est pas souhaité.⁹

Exemple : Un jeune refuse l'aide proposée pour arrêter de consommer de la méthamphétamine. Le prestataire de services lui propose alors des stratégies d'usage plus sécuritaire de substances, comme réduire les doses et s'hydrater régulièrement.

Considérations axées sur la pratique – Services intégrés pour les jeunes

5.1

Il convient d'examiner attentivement les demandes des jeunes qui souhaitent avoir accès à des fournitures et à des services de réduction des méfaits. Il est important de comprendre leurs besoins particuliers en matière de soutien supplémentaire et d'orientation vers d'autres services.¹⁰ Cela comprend la fourniture de soins et de services complets, pertinents, opportuns et disponibles lorsque les jeunes en ont besoin, y compris l'orientation vers des services de soins de première ligne, des services de lutte contre l'usage de substances, des services de logement, des services de soutien culturel et d'autres services en fonction des besoins des jeunes.¹⁰

Exemple : Lorsqu'un jeune accède à des fournitures ou à des services de réduction des méfaits, le prestataire de services vérifie également, le cas échéant, d'autres déterminants sociaux de la santé pertinents (p. ex. il pose des questions sur la santé, le logement, l'insécurité alimentaire, etc.).

5.2

Reconnaître les défis auxquels les jeunes doivent faire face lorsqu'ils atteignent l'âge limite pour bénéficier des programmes qui leur sont destinés et assurer une transition harmonieuse afin d'éviter leur désengagement.^{17,18}

Exemple : Discuter avec les jeunes qui sont sur le point de dépasser l'âge limite pour bénéficier des services destinés à la jeunesse afin d'élaborer un plan de transition. Les aider à explorer et à accéder aux programmes destinés aux adultes avant qu'ils ne dépassent l'âge limite. Effectuer les orientations nécessaires en temps opportun afin d'assurer la continuité des soins et un transfert en douceur.

Considérations axées sur la pratique – Conseils et renforcement des compétences

6.1

Utiliser des techniques de counseling centrées sur le client, notamment l'entretien motivationnel, pour explorer les raisons du changement et établir une relation de confiance.^{19,20}

Exemple : Faire preuve d'ouverture et de curiosité à l'égard des raisons qui poussent le jeune à utiliser des substances. Éviter le réflexe de correction ou le désir de remettre en question la perception du jeune. Le laisser exprimer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans son utilisation de substances pour favoriser un discours axé sur le changement, par exemple, les choses dont les jeunes parlent et qui ont un lien avec la possibilité de changer leur comportement.²¹

6.2

Aider à l'établissement d'objectifs, pratiquer le refus, repérer les comportements de rechange et réfléchir à la prévention dans un cadre cognitivo-comportemental.^{19,20}

Exemple : Un thérapeute aide un jeune à se fixer comme objectif de réduire son utilisation de substances pendant la fin de semaine et peut mettre en scène des situations de pression des pairs.

6.3

Fournir aux adolescents une éducation visant à réduire les conséquences sur la santé.⁴

Exemple : Un programme pour les jeunes organise des séances sans rendez-vous au cours desquelles des conseillers expliquent des stratégies d'usage plus sécuritaire de substances et distribuent des fiches d'information dans un format qui parle aux jeunes

Considérations pour la mise en œuvre sur le plan organisationnel et programmatique

Populations mal desservies

1.1

Les jeunes qui utilisent des substances peuvent avoir plusieurs difficultés à surmonter comme la pauvreté et l'itinérance. Il s'agit d'obstacles supplémentaires pour ceux qui tentent d'accéder aux services. Il est essentiel que les organismes et les projets de réduction des méfaits tiennent compte des besoins particuliers des populations pour améliorer l'accessibilité.²²

Exemple : Collaborer avec des personnes qui ont vécu l'utilisation de substances pour élaborer des projets.²⁰

1.2

Les programmes communautaires de réduction des méfaits devraient envisager l'inclusion de personnes ayant vécu des expériences pertinentes au sein de leurs conseils d'administration, comités consultatifs, personnel et équipes.^{15,23}

Exemple : Mettre en place un groupe consultatif ou un groupe de travail composé de jeunes et de membres du personnel ayant vécu une expérience pertinente afin d'orienter la conception des programmes et la prise de décisions.

Intégration de services de réduction des méfaits tenant compte des traumatismes et de la culture

2.1

Les services de lutte contre l'usage de substances devraient envisager l'intégration de soins tenant compte des traumatismes, de la sécurité culturelle et de la réduction des méfaits dans la prestation des services. Cela comprend la collaboration avec les bons partenaires et membres de la communauté pour garantir des soins holistiques.²²

Exemple : Voici quelques exemples d'organismes canadiens et ontariens qui fournissent des renseignements, des ressources et des conseils sur l'usage de substances et la réduction des méfaits : le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, l'Ontario Harm Reduction Distribution Program, la Source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C (CATIE), l'Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes ainsi que les organismes locaux d'aide sociale.

2.2

Envisager d'offrir des transitions en douceur, des services flexibles et des services de santé intégrés, et de diminuer les obstacles.²³

Exemple : Par exemple, l'intégration des services de santé mentale, de traitement des dépendances et de soins de première ligne pour les jeunes peut améliorer les soins prodigués à ces derniers. Il est essentiel d'intégrer les services de réduction des méfaits à un soutien physique, psychologique et social pour améliorer l'accès aux services et répondre aux besoins individuels.²⁴

Évaluation de l'état de préparation et orientation vers les services

- 3.1** Les programmes devraient inclure l'évaluation de l'état de préparation des jeunes à recourir aux services de réduction des méfaits en travaillant avec eux pour mieux comprendre les soins et le soutien dont ils ont besoin.²²

Exemple : Cela pourrait impliquer l'utilisation de courts questionnaires sur la « préparation au changement » afin de mieux comprendre les étapes du changement.²⁵

- 3.2** Les programmes devraient renforcer leur orientation vers d'autres services pertinents, ainsi que vers ceux qui s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé en collaboration avec les jeunes.²²

Exemple : Le renforcement de l'orientation ne se limite pas à fournir une liste de services. Il s'agit d'adopter une approche active pour aider les jeunes à accéder aux services nécessaires et à s'y engager, par exemple en facilitant les mises en relation et en aidant les jeunes à prendre rendez-vous.

Renforcement des capacités du personnel

- 4.1** Il est essentiel de former le personnel aux soins adaptés à la culture, à l'usage de substances et à la réduction des méfaits, et de lui offrir des possibilités d'apprentissage continu.^{16,20}

Exemple : Parmi les principaux thèmes de formation figurent la prévention et l'intervention en cas de surdose, les meilleures pratiques en matière d'engagement des pairs, les principes et pratiques de réduction des méfaits, la promotion de la santé et la prévention des maladies, la déontologie en matière de santé publique, les liens et la communication, ainsi que l'équité et l'inclusion en matière de santé.¹⁰

- 4.2** Il est essentiel de maintenir un effectif bien doté en ressources pour la réduction des méfaits, en particulier pour la viabilité des programmes communautaires.^{20,23}

Exemple : Cela comprend la direction de l'organisme par des personnes ayant vécu une expérience pertinente, des salaires et des avantages sociaux appropriés pour les travailleurs en réduction des méfaits, ainsi que la formation et l'assistance technique.²³

- 4.3** Il est également essentiel de fournir des services de counseling et de soutien aux prestataires de services de réduction des méfaits.²⁴

Exemple : Les services de counseling et de soutien devraient être offerts ou encouragés par l'intermédiaire de programmes d'aide à l'emploi ou de supervision.

Respect de la vie privée et de la confidentialité

- 5.1** Les organismes doivent respecter le droit des jeunes à la vie privée et à la confidentialité en veillant à ce que les jeunes connaissent leurs droits et à ce que l'organisme concerné dispose de politiques et de lignes directrices pertinentes.¹⁶

Exemple : Envisager d'afficher les renseignements relatifs aux droits et à la confidentialité et de les rappeler aux jeunes.

Participation et prise de décisions des jeunes

6.1

Les jeunes apportent une perspective unique sur les réalités des drogues et de leur utilisation, ce qui peut aider à assurer l'adaptation des programmes à leurs propres besoins et préoccupations. Les programmes de réduction des méfaits doivent solliciter activement les commentaires des jeunes en créant des canaux sûrs pour les plaintes (sondages, entretiens de courte durée, boîte à suggestions, etc.), en sollicitant régulièrement leur avis sur les services et en les faisant participer à la planification et à la prise de décisions par l'intermédiaire de structures comme des comités consultatifs de jeunes.^{7,16,26}

Exemple : Créer et maintenir des comités consultatifs de jeunes qui participent à la programmation et à la planification opérationnelle. Veiller à ce que les comités consultatifs de jeunes comprennent des représentants des personnes qui font usage de drogues et qui accèdent aux services de réduction des méfaits.

6.2

Les programmes de réduction des méfaits ne répondent souvent pas aux besoins diversifiés des jeunes qui font usage de substances.²⁷ Les programmes et les interventions doivent tenir compte des obstacles comme le manque d'options de soins propres aux jeunes, les restrictions d'âge, les interactions négatives avec les prestataires de services, les attentes restrictives des programmes, comme les modèles reposant uniquement sur l'abstinence, et la difficulté à naviguer dans le système de soins.²⁷ Les efforts visant la participation des jeunes doivent s'appuyer de manière significative sur l'intersectionnalité et les expériences vécues par les jeunes usagers de drogues, en particulier ceux issus des communautés 2SLGBTQIA+, racisées et ethniques minoritaires.¹³

Exemple : Les efforts visant la participation des jeunes doivent s'appuyer de manière significative sur l'intersectionnalité et les expériences vécues par les jeunes usagers de drogues, en particulier ceux issus des communautés 2SLGBTQIA+, racisées et ethniques minoritaires.

Accessibilité des programmes

7.1

Lorsqu'on envisage la réduction des méfaits, l'abstinence peut être un objectif, mais elle ne doit pas nécessairement être l'objectif principal. Les programmes de réduction des méfaits doivent éviter les approches restrictives fondées sur l'abstinence et travailler avec les jeunes pour définir des objectifs réalistes et flexibles afin de réduire les obstacles à l'accès.²⁷

Exemple : Pour améliorer l'accès des jeunes aux services de réduction des méfaits, il faut proposer des horaires pratiques, des options sans rendez-vous, des aides flexibles et virtuelles, un financement ou une aide au transport, et veiller à ce que les services soient accessibles en envisageant des services mobiles et d'autres sites satellites.^{16,27}

Interactions avec les prestataires

8.1

Il est essentiel de favoriser des interactions positives et respectueuses entre les prestataires et les jeunes, car la discrimination ou le manque d'autonomie peuvent constituer des obstacles importants à l'utilisation des services de réduction des méfaits.²⁷

Exemple : Les jeunes étaient plus susceptibles de revenir lorsque les prestataires de services allaient au-delà des soins standard en leur proposant de les conduire, en les rencontrant dans des lieux qu'ils préféraient et en prenant régulièrement de leurs nouvelles, car ces gestes leur donnaient le sentiment d'être véritablement pris en charge.²⁸ Il est également essentiel que les prestataires soient conscients de leurs propres préjugés et stigmatisations.²⁹

Réponse aux besoins fondamentaux

9.1

Les approches de réduction des méfaits consistent souvent à répondre d'abord aux besoins fondamentaux, tels que le logement, la nourriture et les vêtements, avant d'engager directement les jeunes dans des discussions sur l'utilisation de substances. Cette approche peut réduire les comportements à risque et favoriser l'accessibilité et l'utilisation des services de réduction des méfaits.^{27,30}

Exemple : Un organisme peut créer un service d'accueil pour les jeunes qui fournit des repas, des douches et des vêtements aux jeunes sans domicile fixe afin de répondre à leurs besoins et soucis immédiats tout en commençant à établir une relation de confiance qui leur permettra de bénéficier d'autres services.

Finances et ressources

10.1

Les défis rencontrés précédemment dans la mise en œuvre des interventions de réduction des méfaits comprenaient la capacité limitée des programmes, la petite taille des équipes, le financement limité dans le temps, l'épuisement professionnel des prestataires et les besoins chronophages des clients.³¹ Les programmes de réduction des méfaits ont besoin d'un financement et d'un soutien en personnel accrus pour bien fonctionner.³ Entre autres, il est essentiel de tenir compte des coûts liés au programme, au fonctionnement, au personnel et à l'extension des services.

Exemple : Établir des partenariats avec des organismes locaux susceptibles d'être financés pour fournir des services de réduction des méfaits et s'assurer d'avoir des pistes d'orientation solides si le programme n'a pas accès à son propre financement pour la réduction des méfaits.

Facteurs déontologiques à considérer

11.1

La mise en œuvre doit respecter les principes déontologiques fondamentaux en veillant à ce que les messages de réduction des méfaits n'encouragent pas involontairement l'usage de substances ou ne stigmatisent pas les usagers, en favorisant l'équité et en s'attaquant aux disparités entre les différents contextes, et en respectant la confidentialité des jeunes et leur droit de faire des choix éclairés concernant leurs soins.^{3,5}

Exemple : Les organismes peuvent envisager de former leur personnel aux principes déontologiques et aux pratiques de confidentialité, et d'adapter leurs services afin de tenir compte des divers besoins des jeunes. Ils peuvent également vérifier leurs documents organisationnels en collaboration avec des comités consultatifs de jeunes.

Examen des données probantes sur les approches de réduction des méfaits et de prise en charge de l'usage de substances chez les jeunes

Les jeunes traversent une période de développement biologique, psychologique et social important qui est accompagnée d'une vulnérabilité aux effets néfastes de l'usage de substances, notamment les troubles de santé mentale et un risque accru de troubles liés à l'usage de substances.³² Bien que des données aient récemment révélé une baisse globale de la consommation d'alcool, de cannabis, de tabac, de champignons hallucinogènes, de cocaïne, d'ecstasy, d'héroïne et d'autres substances chez les élèves de la 7^e à la 12^e année en Ontario entre 1999 et 2023, l'usage de substances demeure un problème de santé important.³³ Les défis croissants en matière de santé mentale et la menace grandissante d'un approvisionnement en drogues toxiques soulignent le besoin urgent d'adopter des mesures intégrées de réduction des méfaits et de soutien en santé mentale axées sur les jeunes.^{5,7,33}

Il a été démontré que les approches fondées sur l'abstinence ne trouvent pas d'écho auprès des jeunes et ne sont pas toujours pertinentes pour ceux qui font déjà usage de substances.³⁴ Les jeunes peuvent développer leurs propres pratiques informelles de réduction des méfaits, ce qui renforce la nécessité de mettre en place des interventions fondées sur des données probantes et axées sur eux.⁷ De nombreux programmes et interventions de réduction des méfaits ont été étudiés, élaborés et financés pour les adultes. Or, ces programmes ne mettent pas vraiment l'accent sur les jeunes.³ Malgré cela, certaines études ont révélé les bienfaits de l'éducation et des interventions en matière de réduction des méfaits et de l'usage de substances chez les jeunes.³⁵ Il s'agit notamment d'études qui examinent l'efficacité de la réduction de l'usage de certaines substances comme le cannabis ou l'alcool, ainsi que d'autres interventions visant à améliorer les connaissances des jeunes sur les substances, leurs effets et leurs risques, afin de prévenir l'initiation et l'usage.^{36,37,38,39} La réduction des

méfaits peut aider les jeunes à poursuivre leur traitement et à continuer de faire appel aux services de soutien grâce à un meilleur accès et à une meilleure connaissance des options disponibles.⁶ En particulier, les programmes faciles d'accès, comme les programmes de naloxone à emporter et les sites de consommation supervisée, peuvent atteindre les jeunes qui se heurtent traditionnellement à des obstacles et être plus efficaces pour engager les jeunes les plus à risque.¹⁰ Il est essentiel d'inclure les jeunes ayant vécu une expérience pertinente dans la planification et la conception des initiatives de réduction des méfaits afin de garantir la pertinence et l'efficacité de ces programmes.^{3,13}

La naloxone, également connue sous le nom de marque Narcan, est un médicament salvateur qui peut être pris par n'importe qui pour annuler les effets d'une surdose d'opioïdes. Elle se présente sous forme d'injection ou de vaporisateur nasal.⁴⁰ En Ontario, les organismes ou les pharmacies peuvent demander à distribuer de la naloxone à emporter, et les particuliers peuvent se procurer gratuitement des trousses de naloxone grâce aux programmes de naloxone à emporter de l'Ontario. Le traitement de la dépendance aux opioïdes et la distribution de naloxone proposés aux adultes devraient également être proposés aux adolescents et adaptés à leur profil de risque afin de réduire l'augmentation des surdoses.^{9,41}

Les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles constituent une stratégie de réduction des méfaits économiquement avantageuse qui offre souvent une éducation sanitaire, des services d'orientation, des conseils et la distribution d'aiguilles, de seringues et d'autres fournitures stériles aux personnes qui s'injectent des drogues comme la cocaïne et les opioïdes.⁴² Ces programmes présentent des avantages pour les communautés et la sécurité publique en réduisant les blessures par piqûre et les décès par surdose, sans

augmenter la criminalité ni la fréquence des injections, et en servant de lien vers d'autres programmes liés à l'usage de substances.^{43,44} Ils sont associés à une réduction du risque de VIH et des comportements à risque liés à l'injection, encouragent le recours à la naloxone, élargissent l'accès à l'éducation sur les surdoses et simplifient l'orientation et l'inscription aux programmes de traitement.^{43,45} Comparativement aux programmes d'échange d'aiguilles plus restrictifs (ceux qui limitent le nombre de seringues ou d'aiguilles fournies et la distribution par les pairs), les programmes moins restrictifs ont permis de favoriser l'accès aux seringues et aux aiguilles, de réduire le partage de seringues et d'aiguilles, et d'améliorer l'élimination appropriée des fournitures usagées.⁴⁶

Les sites de consommation supervisée permettent aux personnes qui font usage de substances d'apporter leurs substances et de les consommer dans un milieu propre et sécuritaire, en présence d'un personnel qualifié, comme des membres du personnel infirmier ou du personnel infirmier praticien, des médecins, des travailleurs sociaux et des travailleurs de la santé communautaire.^{47,48} Outre leur principal objectif, soit celui de réduire les surdoses, les sites de consommation supervisée visent également à réduire la transmission de maladies chez les personnes qui font usage de substances et à faire le pont vers d'autres services de soutien et de traitement en matière d'usage de substances.⁴⁷ Ces sites peuvent contribuer à réduire les comportements liés à l'injection, à augmenter le nombre de clients ayant accès à d'autres services, à réduire la morbidité et la mortalité liées aux surdoses, à offrir un milieu plus sécuritaire aux personnes qui consomment et s'injectent des substances, et à offrir un bon rapport coût-efficacité.⁴⁹ Au Canada, entre mars 2020 et novembre 2024, les substances les plus fréquemment consommées dans ces sites étaient le fentanyl, la méthamphétamine, l'hydromorphone, l'héroïne, les opioïdes et la cocaïne.⁴⁸ Au cours de la même période, environ 1 247 003 visites dans des sites de consommation supervisée ont été enregistrées en Ontario, avec environ 197 919 usagers uniques.⁴⁸ Au cours de cette période, au Canada, 1 % des visites ont été effectuées par des

personnes de moins de 20 ans, tandis que 18 % ont été effectuées par des personnes de 20 à 29 ans.⁴⁸

Au-delà des sites de consommation supervisée, la réduction des méfaits comprend également le traitement par les agonistes des récepteurs des opioïdes, qui aide les jeunes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes en offrant des médicaments comme la méthadone et la buprénorphine. Il s'agit d'une approche prometteuse de réduction des méfaits chez les jeunes, qui s'appuie sur un nombre croissant de données probantes sur les troubles liés à l'usage d'opioïdes modérés et graves.^{19,50,51}

Les principes de réduction des méfaits peuvent également s'appliquer à d'autres substances, notamment l'alcool, le cannabis et la méthamphétamine, chacune d'elles ayant ses propres stratégies pour réduire les risques connexes le plus possible. Les stratégies de réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool comprennent la réduction de la quantité totale consommée et le fait de boire lentement, d'alterner les boissons alcoolisées avec de l'eau ou des boissons non alcoolisées, de choisir des boissons sans alcool ou à faible teneur en alcool, de manger avant ou pendant la consommation d'alcool et de prévoir des périodes ou des activités sans alcool.⁵² En ce qui concerne les stratégies de réduction des méfaits liés au cannabis, en retarder l'usage jusqu'à un âge plus avancé, en limiter la fréquence, choisir des produits à faible teneur en tétrahydrocannabinol (THC) ou à forte teneur en cannabidiol (CBD), éviter les produits synthétiques et préférer le vapotage ou les produits comestibles au tabagisme peuvent contribuer à réduire certains risques pour la santé et le bien-être.⁵³ La méthamphétamine est une drogue stimulante qui peut être reniflée, injectée ou inhalée et dont les effets peuvent durer jusqu'à 12 heures.⁵⁴ Les stratégies de réduction des méfaits associés à la méthamphétamine comprennent le fait de commencer par une faible dose, de la renifler ou de la fumer plutôt que de l'injecter, d'éviter de partager des aiguilles, d'éviter de la mélanger avec d'autres drogues, de rester hydraté et d'éviter une utilisation fréquente et régulière.⁵⁴

Liens et ressources

Documents :

- [La réduction des méfaits et les jeunes : Réduire les méfaits liés aux substances](#)
- [Harm Reduction Clinical Resources \(en anglais seulement\)](#)
- [Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits](#)
- [Les bases de la réduction des méfaits : trousse pour prestataires de services](#)
- [Parlons-en! Le matériel de réduction des méfaits comme outil d'interaction : un guide](#)
- [Harm Reduction Best Practices: Partner Resources \(en anglais seulement\)](#)
- [Best practices for supporting people who use substances toolkit \(en anglais seulement\)](#)
- [Programme ontarien de réduction des méfaits de CATIE](#)
- Fiche d'information sur certaines substances avec conseils pour la réduction des méfaits (en anglais seulement)
 - [Alcool](#)
 - [Cannabis](#)
 - [Psychédéliques](#)
 - [Stimulants](#)
 - [Opioides](#)
- [Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque](#)
- [Affiche offrant des conseils pratiques sur la consommation plus sûre de cannabis](#)
- [Affiche portant sur les repères canadiens sur l'alcool et la santé](#)

Vidéos :

- [Vision pour la réduction des méfaits au Canada](#)
- [Les bases de la réduction des méfaits – Principes et pratiques de réduction des méfaits](#)
- [Les bases de la réduction des méfaits – Vision autochtone de la réduction des méfaits](#)
- [Les bases de la réduction des méfaits – Participation judicieuse des personnes qui utilisent des drogues](#)

Formations :

- [Les bases de la réduction des méfaits : trousse pour prestataires de services](#)
- Youth Harm Reduction 101 (Notions de base sur la réduction des méfaits chez les jeunes) – Interior Health (en anglais seulement)
 - [Partie 1 : Youth and Substance Use \(Usage de substances chez les jeunes\)](#)
 - [Partie 2 : Harm Reduction Stigma \(Stigmatisation liée à la réduction des méfaits\)](#)
 - [Partie 3 : Harm Reduction Services \(Services de réduction des méfaits\)](#)
 - [Partie 4 : Legislation & Policies \(Législation et politiques\)](#)

Références

1. CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION, ONTARIO (sans date). *Harm reduction*. <https://ontario.cmha.ca/harm-reduction/>.
2. SANTÉ CANADA (30 octobre 2023). *La stratégie canadienne sur les drogues et autres substances : L'approche du gouvernement du Canada à l'égard des méfaits liés à la consommation de substances et de la crise des surdoses*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-canadienne-drogues-autres-substances-approche-mefaits-lies-consommation-crise-surdoses.html>
3. KIMMEL, S.D., J.M. GAETA, S.E. HADLAND, E. HALLETT et B.D. MARSHALL (2021). « Principles of harm reduction for young people who use drugs », *Pediatrics*, vol. 147 (Suppl. 2), p. S240-S248.
4. LESLIE, K.M., SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE et COMITÉ DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT (2008). « La réduction des méfaits : Une démarche pour réduire les comportements à risque des adolescents en matière de santé », *Paediatrics & Child Health*, vol. 13, no 1, p. 57-60.
5. HEWARD, B.J., A.M. YULE et P.R. JACKSON (2024). « How should harm-reduction strategies differ for adolescents and adults? », *AMA Journal of Ethics*, vol. 26, no 7, p. 534-545.
6. INSTITUT DU SAVOIR SUR LA SANTÉ MENTALE ET LES DÉPENDANCES CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES (2023). *La réduction des méfaits et les jeunes*. <https://www.cymha.ca/Modules/ResourceHub/?id=49c886f4-b1f5-4ec9-8fa3-0d7149a18831&lang=fr>.
7. JENKINS, E.K., A. SLEMON et R.J. HAINES-SAAH. (2017). « Developing harm reduction in the context of youth substance use: Insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm-minimization strategies », *Harm Reduction Journal*, vol. 14, p. 1-11.
8. BAGOT, K.S., et Y. KAMINER (2018). « Harm reduction for youth in treatment for substance-use disorders: One size does not fit all », *Current Addiction Reports*, vol. 5, p. 379-385.
9. WINER, J.M., A.M. YULE, S.E. HADLAND et S.M. BAGLEY (2022). « Addressing adolescent substance use with a public-health prevention framework: The case for harm reduction », *Annals of Medicine*, vol. 54, no 1, p. 2123-2136.
10. BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL (2023). BC harm reduction strategies and services policy and guidelines. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/HRSSGuidelines_BCCDC_Updated_Oct_2023.pdf.
11. LAMARRE, A. (2012). *Youth harm-reduction programs in Ontario*. www.theresearchshop.ca/resources.
12. DEANS, E., J. RAVULO, I. BLIGNAULT et E. CONROY (2021). « Understanding the needs of local youth to inform drug and alcohol prevention and harm-reduction services: A qualitative study », *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 32, no 3, p. 416-424.
13. STOWE, M.J., O. FEHER, B. VAS, S. KAYASTHA et A. GREER (2022). « The challenges, opportunities and strategies of engaging young people who use drugs in harm reduction: Insights from young people with lived and living experience », *Harm Reduction Journal*, vol. 19, no 1, p. 83.
14. CATIE (2022). *Les bases de la réduction des méfaits : trousse pour prestataires de services*. <https://www.catie.ca/fr/reduction-des-mefaits>.
15. SAFELINK ALBERTA, K. JACKSON, K. DEY et M. WILLIAMSON (2023). *SafeLink Alberta's best practices for supporting people who use substances toolkit*. SafeLink Alberta. <https://safelinkalberta.ca/wp-content/uploads/2023/03/Best-Practices-for-Supporting-People-Who-Use-Substances-Toolkit.pdf>.
16. FOUNDRY et YMCA OF NORTHERN BC (2022). *Youth-informed recommendations—Youth service assessment tool: To better support youth and young adults who use substances*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2025-03/Youth-Informed-Recommendations.pdf>.
17. REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO). (2023). *Transitions in care and services*. 2e éd., Toronto (ON), Registered Nurses' Association of Ontario.
18. CANÊDO, J., SEDGEMORE, K. O., EBBERT, K., ANDERSON, H., DYKEMAN, R., KINCAID, K., ... & FAST, D. (2022). « Harm reduction calls to action from young people who use drugs on the streets of Vancouver and Lisbon », *Harm Reduction Journal*, vol. 19, no 1, p. 43.

19. LOGAN, D.E. et G.A. MARLATT (2010). « Harm-reduction therapy: A practice-friendly review of research », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 66, no 2, p. 201-214.
20. REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (2015). *Engaging Clients Who Use Substances*. Toronto (ON), Registered Nurses' Association of Ontario.
21. MILLER, W.R., ET S. ROLLNICK (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
22. BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL (2023). *Guidelines for providing harm reduction services to youth in British Columbia*. <https://towardtheheart.com/assets/uploads/1699291375hqnWjAYYz0vRb5RtP1DviVgvS4TONnyR4X4IH2T.pdf>.
23. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2023). *Harm reduction framework*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/harm-reduction-framework.pdf>.
24. TAHA, S., S. KING et S. ATIF. (2022). *Expérience des fournisseurs de services de réduction des méfaits lors de la double urgence de santé publique au Canada : consommation de substances au Canada 2022*. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-09/CCSA-Experiences-of-Harm-Reduction-Service-Providers-fr.pdf>.
25. ROLLNICK, S., N. HEATHER, R. GOLD et W. HALL (1992). « Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers », *British journal of addiction*, vol. 87, no 5, p. 743-754.
26. PATERSON, B.L., et C. PANESSA (2008). « Engagement as an ethical imperative in harm reduction involving at-risk youth », *International Journal of Drug Policy*, vol. 19, no 1, p. 24-32.
27. BECK, K., K. PALLOT et M. AMRI (2024). « A scoping review on barriers and facilitators to harm-reduction care among youth in British Columbia, Canada », *Harm Reduction Journal*, vol. 21, no 1, p. 189.
28. TURUBA, R., A. AMARASEKERA, A.M. HOWARD, V. BROCKMANN, C. TALLON, S. IRVING et coll. (2022). *A qualitative study exploring how young people perceive and experience substance-use services in British Columbia, Canada*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, vol. 17, no 1. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00456-4>.
29. INTERIOR HEALTH (2022). FAQ: *Providing harm-reduction services to youth—Legal considerations*. <https://www.interiorhealth.ca/sites/default/files/PDFS/providing-harm-reduction-services-for-youth-legal-considerations.pdf>.
30. STRIKE, C., M. MISKOVIC, M. PERRI, J. XAVIER, J. EDGAR, J. BUXTON et coll., GROUPE DE TRAVAIL SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES POUR LES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS AU CANADA (2021). *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*. Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-11/3382_CATIE_CarolStrike_BestPracticeRecommendations_2021-FR-Final.pdf.
31. SCHMIDT, R. A., GUTA, A., RAI, N., SEREDA, A., O'REILLY, E., HALES, J., ... & STRIKE, C. (2024). *Safer Opioid Supply programs: Hydromorphone prescribing in Ontario as a harm reduction intervention to combat the drug poisoning crisis*. Canadian Journal of Public Health, p. 1-10.
32. NATH, A., S.G. CHOUDHARI, S.U. DAKHODE, A. RANNAWARE, A.M. GAIDHANE, S. DAKHODE et A. GAIDHANE. (2022). « Substance abuse amongst adolescents: An issue of public-health significance », *Cureus*, vol. 14, no 11.
33. BOAK, A., et H.A. HAMILTON (2024). The mental health and well-being of Ontario students, 1991–2023: *Findings from the Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS)*. Centre de toxicomanie et de santé mentale. (Avec résumé en français)
34. JAKUB, G., O. KRZYSZTOF, D. KATARZYNA et W. ŁUKASZ (2022). « "It'll never be safe, but you can limit the harms": Exploring adolescents' strategies to reduce harms associated with psychoactive-substance use », *Substance Use & Misuse*, vol. 57, no 3, p. 380-391.

35. IGNACIO, M., S. SENSE-WILSON, D. LUCERO, R. CROWDER, J.J. LEE et coll. (2024). « Assessing alcohol and other drug-prevention needs among Indigenous youth ages 13–17: Developing a culturally grounded Indigenous youth harm-reduction intervention », *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, vol. 23, no 4, p. 716-736.
36. CORONADO-MONTOYA, S., A. ABDEL-BAKI, P. BODSON-CLERMONT, D. BOUCHER-ROY, J. CÔTÉ et coll. (2025). « A pilot randomized controlled trial of a digital cannabis harm reduction intervention for young adults with first-episode psychosis who use cannabis », *Psychiatry Research*, article 116553.
37. MCBRIDE, N., F. FARRINGDON, R. MIDFORD, L. MEULENERS et M. PHILLIPS (2004). « Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP) », *Addiction*, vol. 99, no 3, p. 278-291.
38. MIDFORD, R., R. RAMSDEN, L. LESTER, H. CAHILL, J. MITCHELL, D.R. FOXCROFT et L. VENNING (2014). « Alcohol prevention and school students: Findings from an Australian two-year trial of integrated harm-minimization school drug education », *Journal of Drug Education*, vol. 44, nos 3-4, p. 71-94.
39. VOGL, L.E., N.C. NEWTON, K.E. CHAMPION et M. TEESSON (2014). « A universal harm-minimisation approach to preventing psychostimulant and cannabis use in adolescents: A cluster-randomised controlled trial », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 9, p. 1-14.
40. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO (2024). *La naloxone sur le lieu de travail*. <https://www.ontario.ca/fr/page/la-naloxone-sur-le-lieu-de-travail>.
41. ROBINSON, C.A., et J.D. WILSON (2020). « Management of opioid misuse and opioid-use disorders among youth », *Pediatrics*, vol. 145 (Suppl. 2), p. S153-S164.
42. STRIKE, C., L. LEONARD, M. MILLSON, S. ANSTICE, N. BERKELEY, et E. MEDD (2006). *Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations*. Ontario Needle Exchange Coordinating Committee.
43. MACKEY, K.M., E.H. BEECH, B.E. WILLIAMS, J.K. ANDERSON, S. YOUNG, S. et N.J. PARR (2023). *Effectiveness of syringe-services programs: A systematic review*.
44. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (8 février 2024). *Safety and effectiveness of syringe services programs*. <https://www.cdc.gov/syringe-services-programs/php/safety-effectiveness.html>.
45. ASPINALL, E.J., D. NAMBIAR, D.J. GOLDBERG, M. HICKMAN, A. WEIR et coll. (2014). « Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 43, no 1, p. 235-248.
46. SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO (2024). *Rapid review: Unlimited versus restrictive distribution policies in needle and syringe programs*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/N/24/needle-syringe-distribution-policies.pdf>.
47. CENTRE CANADIEN SUR LES DÉPENDANCES ET L'USAGE DE SUBSTANCES (18 septembre 2024). *Sites de consommation supervisée*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2024-10/SCS-Evidence-Brief-fr.pdf>.
48. GOUVERNEMENT DU CANADA (21 février 2025). *Tableau de bord : Sites de consommation supervisée*. <https://sante-infobase.canada.ca/services-consommation-supervisee/#>.
49. ONTARIO HIV TREATMENT NETWORK (20 mai 2014). « What is the effectiveness of supervised injection services? », *Rapid Response*, no 83. <https://www.ohntn.on.ca/rapid-response-83-supervised-injection/>.
50. LEVY, S., et D. CAMENGA (2019). « Treatment of opioid-use disorder in pediatric medical settings », *Current Addiction Reports*, vol. 6, p. 374-382.
51. SOLUTIONS POUR LA DOULEUR CHEZ LES JEUNES (2023). *Opioids and pain in youth: A toolkit for health professionals*. <https://www.kidsinpain.ca/youth-in-pain>.
52. CENTRE CANADIEN SUR LES DÉPENDANCES ET L'USAGE DE SUBSTANCES (2023). *Boire moins, c'est mieux : Repères canadiens sur l'alcool et la santé – version pour les jeunes* [Affiche]. <https://www.ccsa.ca>.
53. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE (2018). *The blunt truth: useful tips about safer ways to use cannabis (Canada's Lower-Risk Cannabis Use Guidelines for Youth)*.
54. ALCOHOL AND DRUG FOUNDATION (2022). *Crystal meth (ice) and harm reduction*. <https://adf.org.au/insights/ice-harm-reduction/>.