

Améliorer les politiques liées à la consommation de substances pour les hommes gais, bisexuels et allosexuels (queers)

*Mémoire présenté au Comité permanent de la santé en vue de son étude sur la
communauté LGBTQ2
La santé au Canada*

Kiffer G. Card, Ph. D.

Bourse de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sur l'impact des
systèmes de santé

École de santé publique et de politique sociale, Université de Victoria

Michael Smith Foundation for Health Research

Institut canadien de recherche sur l'usage de substances

Réseau canadien pour les essais VIH

kiffecard@uvic.ca

Trevor A. Hart, Ph. D, C. psychologue

Chaire OHTN en santé des hommes gais et bisexuels

Directeur, Laboratoire de prévention du VIH

Professeur, Département de psychologie

Université Ryerson

Jorge Flores Aranda, Ph. D.

Institut universitaire sur les dépendances

Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Roberto Ortiz Nunez

Directeur général

MAX, Ottawa's Health Connection for Guys into Guys

Nathan J. Lachowsky, Ph. D.

Professeur adjoint, École de santé publique et de politique sociale, Université de Victoria

Directeur de recherche, chercheur au Centre de recherche communautaire

Michael Smith Foundation for Health Research

Travis Salway, Ph. D.

Bourse de recherche postdoctorale

École de la santé publique et de la population

Université de la Colombie-Britannique

Jody Jollimore

Directrice générale

Centre de recherche communautaire (CRC)

Sommaire

Les drogues licites et illicites sont souvent utilisées par les hommes gais, bisexuels, allosexuels et autres qui ont des rapports sexuels avec des hommes, tant cisgenres que transgenres (GBQM), pour 1) faciliter les liens sociaux et les liens affectifs; 2) améliorer le désir sexuel, la performance, la durée ou le plaisir; 3) diminuer les sentiments indésirables de tristesse, d'inquiétude et de piètre image de soi. Parmi ces hommes, la consommation de substances à des fins sexuelles comprend souvent la consommation de drogues non opioïdes, comme la méthamphétamine en cristaux, les nitrites alkyles (aussi appelés « poppers »), l'ecstasy, la kétamine et le gamma-hydroxybutyrate (aussi appelé « GHB »). La consommation accrue de ces substances et d'autres drogues, la piètre prestation de services et la stigmatisation et la criminalisation de la consommation de drogues augmentent le risque de problèmes physiques, psychologiques et sociaux, de maladies, de blessures et de décès chez les GBQM. Pour relever ces défis, nous recommandons l'inclusion des minorités sexuelles et de genre comme population clé dans le cadre de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances et l'établissement d'une Commission du droit du Canada indépendante qui formulera des recommandations exhaustives pour la révision du *Code criminel* et de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* afin de réduire et de prévenir les préjudices parmi et contre les personnes GBQM.

Énoncé du problème

Les défis en matière de prévention, de traitement et de réduction des méfaits liés à l'utilisation de substances chez les hommes homosexuels, bisexuels, allosexuels et autres qui ont des rapports sexuels avec des hommes, à la fois cisgenres et transgenres (GBQM), présentent trois aspects¹ : 1) la prévalence et la nature de la consommation de substances parmi les personnes GBQM diffèrent de celles des personnes non-GBQM; 2) Les différences de prestation de soins de santé et d'accès des minorités sexuelles et de genre rendent les services traditionnels moins efficaces pour répondre aux besoins de ces populations (parce que la sexualité n'est souvent pas discutée; 3) Les marchés mal réglementés de la drogue présentent des risques exceptionnellement élevés pour les personnes GBQM en raison de leurs schémas d'utilisation supérieurs distincts pour certaines drogues. Nous résumons ci-dessous les principaux points relatifs à ces trois aspects.

Prévalence et nature de la consommation de substances chez les GBQM

- Bien que la stigmatisation à l'égard des GBQM et des autres personnes qui consomment des drogues complique la mesure précise de la prévalence de la consommation de substances, les études montrent toujours que les GBQM sont plus susceptibles de consommer des substances² – avec des différences apparaissant à l'adolescence et au début de l'âge adulte³.
 - Par exemple, les minorités sexuelles et de genre sont près de deux fois plus susceptibles de consommer des opioïdes « intensivement » que les personnes hétérosexuelles⁴.
 - De plus, l'orientation sexuelle est aussi liée à une augmentation par cinq du risque de surdose mortelle⁵.
- Outre l'augmentation de la consommation, les motivations pour consommer des substances au sein de la population GBQM sont attribuables à des facteurs de stress spécifiquement liés à l'exclusion sociale et à la discrimination qui la touche, et découlent de la stigmatisation sociale que cette population continue de vivre au Canada aujourd'hui.
 - Ces motivations comprennent le désir de faciliter l'établissement de liens sociaux et de liens affectifs; le souhait d'améliorer le désir sexuel, la performance, la durée ou le plaisir; et la volonté de diminuer les sentiments de tristesse, d'inquiétude et de piètre image de soi⁶⁻⁹.
- Les types de drogues utilisés par les hommes hétérosexuels et les GBQM sont différents¹⁰ – notamment en ce qui a trait à la consommation de drogues sexualisées, parfois appelées « chemsex » ou « party and play (PnP) » en anglais [traduction libre : *chimisexe* et *faire la fête et jouer*], et comprend l'utilisation unique ou concomitante de méthamphétamine en cristaux, de nitrites alkyles (aussi appelés « poppers »), d'ecstasy, de kétamine et de gamma-hydroxybutyrate (aussi appelés « GHB »)¹¹.
 - Des études montrent que plus de 20 % de la population GBQM a des habitudes de consommation récente de polysubstances (au cours des six derniers mois), souvent combinée à une consommation concomitante de « drogues de fête »¹².
 - Notamment, la population GBQM est jusqu'à 20 fois plus susceptible de consommer de la méthamphétamine en cristaux^{13,14}, une drogue souvent administrée par injection (présentant un risque de transmission d'infections

par le sang comme le VIH et le virus de l'hépatite C) qui est très toxicomanogène par rapport à d'autres substances illicites¹⁵⁻¹⁷, et qui comporte peu d'options de traitement efficaces¹⁸, et dont la consommation se répand (conformément à l'augmentation observée de 590 % des accusations de possession entre 2010 et 2017)¹⁹.

Différences dans la prestation des soins de santé et d'accès pour les GBQM

- Malgré la prévalence élevée de la consommation de substances parmi les personnes GBQM, l'accès aux services de santé et de lutte contre les dépendances pour cette population est généralement médiocre. On estime à moins de 10 % des GBQM qui déclarent avoir accès à des programmes de traitement de la toxicomanie dans le monde^{20,21}.
 - Les obstacles d'accès comprennent l'offre défaillante (en particulier dans les banlieues et les régions rurales); l'impossibilité de recourir à un service (p. ex. certains programmes de traitement pourraient être inaccessibles par discrimination contre la population GBQM ou ne pas tenir compte de l'orientation sexuelle); la notion de refus dans les services offerts (p. ex. les programmes conditionnels à l'abstinence des participants peuvent réduire la participation); le caractère inabordable (p. ex. l'absence de couverture pour le traitement de la santé mentale ou de la toxicomanie); et finalement la honte à l'égard de la toxicomanie^{21,22}.
- Par conséquent, la plupart des troubles liés à la consommation de substances chez les GBQM ne sont pas traités²³.
- Toutefois, l'amélioration de l'accès aux programmes de traitement a été corrélée à un accès accru à la sensibilisation de la réduction des risques liés au VIH, aux services de santé mentale, aux soins médicaux et à des taux plus élevés de relations avec les communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, allosexuelles et bispirituelles – ce qui suggère que la prestation de services de soins intégrés par des organisations conçues sur mesure pour la population GBQM pourrait améliorer l'accès au traitement et son utilisation^{20,24}.
- Fait important : il a été démontré que les programmes « d'affirmation » des personnes GBQM produisent de meilleurs résultats²⁵.

Les marchés existants de la drogue représentent un risque intolérable envers les GBQM

- Bien que l'augmentation soudaine des décès causés par surdoses d'opioïdes ait attiré l'attention sur les méfaits des drogues opioïdes, la gestion de l'épidémie de consommation de méthamphétamine en cristaux demeure cruciale auprès de la communauté GBQM et des autres consommateurs de méthamphétamine.
- En effet, comme les GBQM consomment des polydrogues plus fréquemment que le reste de la population, le manque d'attention accordée à ces comportements de consommation de substances expose la communauté GBQM à un risque plus élevé d'interactions entre les drogues consommées, pouvant entraîner une surdose²⁶.
 - Par exemple, les médicaments agissant contre la dysfonction érectile sont utilisés souvent pour contrer les effets indésirables de la méthamphétamine en cristaux et de la kétamine dans les situations de « chemsex »^{27,28}. Lorsque ces médicaments sont combinés à des poppers (une autre drogue de *chemsex*

courante), les consommateurs risquent de subir une baisse de tension artérielle, un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque²⁹.

- De plus, l'augmentation de la consommation de drogues comme la kétamine et la méthamphétamine au sein de la communauté GBQM donne à penser que la circulation accrue du fentanyl et de ses analogues dans les stocks de drogues risque bientôt d'augmenter la morbidité et la mortalité par surdose de façon spectaculaire dans cette communauté.
 - Des experts locaux et internationaux qui étudient l'épidémie de surdoses, principalement causée par des stocks de drogues contaminées, exigent une hausse de la distribution de naloxone³⁰, une augmentation de la consommation supervisée³¹ et des tests de dépistage de drogues³². Ces experts demandent que les stocks de drogues sûres remplacent les drogues potentiellement contaminées³³, et rappellent que des thérapies agonistes aux opiacés³⁴, et la décriminalisation de la possession personnelle³⁵⁻³⁷ sont les stratégies les plus efficaces pour lutter contre les surdoses et prévenir la transmission du VIH. Ces interventions, et probablement d'autres, sont nécessaires pour éviter les préjudices et les risques envers les GBQM.

Options juridiques et stratégiques

Les préjudices liés à la consommation de substances pour les GBQM et d'autres minorités sexuelles et de genre sont complexes et multidimensionnels. Par conséquent, pour remédier à ces préjudices, il faudra tenir compte des grandes lignes de la politique canadienne actuelle sur la consommation de substances. Dans les paragraphes suivants, nous examinons la politique sur la consommation de substances dans le contexte de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances, du *Code criminel* et de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Les modifications apportées à ces lois et à ces stratégies constituent le moyen le plus efficace d'améliorer la santé des GBQM par rapport à leur consommation de substances.

Révisions de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances

En décembre 2016, le gouvernement du Canada a annoncé la nouvelle Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances (SCDAS). Entre autres choses, la SCDAS :

- a remplacé Justice Canada par Santé Canada comme ministère chargé d'orienter la réponse du gouvernement à la toxicomanie;
- a réintroduit la réduction des méfaits comme l'une des principales stratégies d'intervention du gouvernement;
- a clarifié son objectif de s'attaquer à la crise des surdoses d'opioïdes et aux défis de la légalisation et de la réglementation du cannabis;
- a inclus divers programmes et infrastructures pour lutter contre la consommation de substances chez les sous-populations clés, y compris les jeunes, les membres des Premières Nations et les Inuits.

Cela dit, même s'il s'agit d'efforts louables visant à améliorer la politique canadienne sur la consommation de substances, aucune stratégie, infrastructure ni aucun financement précis n'est explicitement mentionné pour répondre aux préoccupations relatives à la consommation de substances chez les personnes GBQM et les autres minorités sexuelles et de genre. De plus, la SCDAS n'est pas axée sur plusieurs psychotropes importants utilisés de façon disproportionnée

par les GBQM, comme la méthamphétamine en cristaux, les poppers, la kétamine, l'ecstasy et le GHB.

Reconnaissant notamment ces lacunes dans la SCDAS, Santé Canada a lancé une consultation publique de 90 jours (du 5 septembre au 4 décembre 2018) sur la SCDAS. Maintenant que cette consultation est terminée, des révisions futures de la SCDAS sont attendues pour donner l'occasion d'introduire des stratégies, une infrastructure et un financement pour répondre aux besoins uniques des GBQM et autres minorités sexuelles et de genre consommatrices de drogues. Ces améliorations pourraient inclure des ressources dédiées, des réseaux de traitement et des stratégies de surveillance pour la prévention, le traitement et la réduction des méfaits chez les personnes GBQM.

Révisions du Code criminel et de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances

En plus de réviser la SCDAS, il faut aussi s'attaquer à la stigmatisation structurelle sous-jacente associée à la consommation de substances. Santé Canada reconnaît les effets néfastes de la stigmatisation sur les personnes qui consomment des drogues et souhaite s'attaquer à la stigmatisation liée à la consommation de substances. Selon Santé Canada, « la stigmatisation peut se définir par les attitudes et les actions négatives envers un groupe de personnes en raison de sa situation de vie, incluant le jugement, l'étiquetage, les stéréotypes et l'exclusion à l'endroit de ce groupe³⁸ ».

Toutefois, cette définition ne décrit pas explicitement le rôle du *Code criminel* et de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) dans la création, la perpétuation et le renforcement constant de la stigmatisation des consommateurs de drogues. En effet, en vertu de la loi actuelle, la possession d'une drogue de l'annexe I, comme la méthamphétamine, peut entraîner jusqu'à sept ans d'emprisonnement tandis que le trafic de cette drogue risque d'entraîner une peine d'emprisonnement à vie. Des modifications antérieures à la LRCDAS ciblaient spécifiquement la communauté GBQM, y compris l'interdiction des poppers en 2013³⁹. Bien que la criminalisation des drogues soit elle-même un sous-produit de la stigmatisation sociale et du paternalisme, les lois criminalisant la possession personnelle de drogues renforcent d'autant plus l'attitude négative des Canadiens envers les contrevenants à ces lois. Des données probantes accrues indiquent que la libéralisation de la politique antidrogue peut réduire la stigmatisation des consommateurs de drogues. Ces données montrent que la libéralisation engendre certaines améliorations de santé qui ne risquent pas d'être contrebalancées par le nombre relativement restreint de nouveaux consommateurs de drogues qu'entraînerait ce changement juridique^{35,36,40,41}.

Cela dit, il existe plusieurs modèles de libéralisation de la consommation de substances³⁵. Par exemple, le Portugal a partiellement décriminalisé la possession personnelle de drogues en 2001, à la suite d'une étude approfondie menée sur plusieurs années par une commission fédérale chargée de réduire les décès par surdose. En vertu de ce système durable, la consommation de drogues demeure illégale, mais n'entraîne que de petites amendes administratives plutôt que des condamnations criminelles. Depuis l'introduction de ce changement, l'incidence du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles et des décès par surdose a considérablement diminué³⁸. Le modèle du Portugal inspire un nombre accru de pays, comme le Canada, qui espère mettre en place une politique antidrogue fondée davantage sur la compassion^{42,43}. La base de données croissante concernant la libéralisation des politiques

à l'échelle mondiale pourrait donner l'occasion d'améliorer la politique sur la consommation de substances. À ce jour, des étapes exemplaires vers une libéralisation comprennent^{35,36,44} :

- La *Good Samaritan Drug Overdose Act* [traduction libre : Loi sur les surdoses de drogues et bons samaritains] qui exempte les personnes, ayant fait appel aux services d'urgence en cas de surdose ou qui sont présentes quand les premiers intervenants arrivent, d'être accusées de possession simple et d'être visées par des accusations liées à des infractions aux conditions de probation ou de libération conditionnelle.
- Déréglementation des médicaments d'ordonnance (p. ex. méthadone, suboxone/naloxone) pour permettre aux médecins de prescrire ces médicaments dans le cadre du Programme d'accès spécial de Santé Canada.
- Accroître la disponibilité des fournitures de réduction des méfaits, y compris la consommation supervisée, les échanges d'aiguilles, de tuyaux de crack/méthamphétamine et de thermomètres (pour éviter la surchauffe).

Outre ces exemples, de nombreuses autres occasions d'activités s'offrent pour réduire les méfaits liés à la consommation de substances (p. ex. l'établissement de distributeurs automatiques d'approvisionnement sécuritaire dans des lieux plus acceptables socialement, comme des clubs sociaux ou des établissements de prostitution sur place). Ces dispositions et d'autres dispositions similaires envisageables par voie de révision du *Code criminel* et de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* sont susceptibles de réduire plusieurs préjudices liés à la criminalisation dont les retombées sont disproportionnées sur la communauté GBQM (p. ex. le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles)⁴³. En outre, elles pourraient empêcher d'autres inégalités de santé chez les GBQM consommateurs de drogues (p. ex. décès par surdose, dans le cas où des drogues couramment utilisées étaient contaminées par le fentanyl ou d'autres substances nocives).

Cela dit, la mise en œuvre à long terme de ces mesures de réduction des méfaits – sans égard aux mesures immédiates prises pour assurer un approvisionnement sûr pour les consommateurs de drogues – nécessitera certainement une expertise scientifique minutieuse. Comme l'a déclaré l'économiste conservateur Milton Friedman, lauréat du prix Nobel de la paix, il y a 30 ans, en 1989⁴⁴ : « remettre à plus tard la décriminalisation ne fera qu'empirer les choses et rendre les problèmes encore plus insolubles ». En effet, l'urgence de santé publique qui touche les stocks d'opioïdes contaminés du Canada confirme explicitement la demande de Friedman en faveur d'une décriminalisation et souligne que la criminalisation est un défi de santé publique depuis longtemps. Bien qu'il y ait de nombreux obstacles à surmonter, la décriminalisation des drogues constitue le moyen le plus efficace de créer des marchés de la drogue qui protègent la santé publique^{35,3}.

Historiquement, les conseils juridiques sur des questions complexes et controversées comme la décriminalisation ont été guidés par la Commission du droit du Canada indépendante, qui a été dissoute par le gouvernement fédéral en 2006, malgré sa solide expérience pour les recommandations sur les principales questions de politique sociale touchant des populations clés, notamment la communauté GBQM (p. ex. en 2004, la Commission du droit du Canada avait recommandé de révoquer les interdictions du mariage homosexuel).

Recommandations

Compte tenu des options juridiques et stratégiques prioritaires décrites ci-dessus, nous recommandons :

- 1) Réviser la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances pour y inclure des engagements à l'appui de programmes de soutien à la toxicomanie adaptés aux GBQM et aux autres minorités sexuelles et de genre. Ces révisions devraient :
 - a) lister les GBQM et autres minorités sexuelles et de genre comme populations prioritaires en matière de prévention, de traitement et de réduction des méfaits;
 - b) accorder la priorité au financement de la prévention, de la réduction des méfaits et du traitement plutôt qu'à l'application de la loi;
 - c) créer et financer une voie distincte du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada pour accueillir les demandes de subvention portant sur la consommation de substances à des fins sexuelles chez les minorités sexuelles et de genre;
 - d) fournir du financement par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada pour établir un réseau de services de traitement visant à offrir, à comparer et à évaluer des programmes de traitement de la toxicomanie (p. ex. traitement, réduction des méfaits) pour les GBQM et d'autres minorités sexuelles et de genre;
 - e) fournir plus de ressources, par l'entremise de l'Agence de la santé publique du Canada, dont des fournitures de réduction des méfaits et du matériel didactique sur la consommation de substances lors de rapports sexuels intimes afin de répondre aux besoins uniques de ces collectivités en matière de santé mentale et de santé sexuelle;
 - f) prioriser les populations GBQM et les autres minorités sexuelles et de genre dans les appels de propositions en santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada, en vue de s'attaquer aux réalités sous-jacentes souvent liées à la toxicomanie dans nos collectivités (p. ex. traumatisme, dépression, solitude, problèmes d'image corporelle);
 - g) adopter une approche intersectionnelle et holistique en santé et par rapport au bien-être des minorités sexuelles et de genre en tenant compte des identités et des expériences qui se chevauchent (p. ex. personnes bispirituelles et autres GBQM autochtones, les personnes GBQM racialisées);
 - h) fournir du financement par l'entremise de l'Agence de la santé publique du Canada en termes de surveillance communautaire accrue et axée sur les facteurs structurels ayant une incidence sur l'accès aux soins de santé mentale et de toxicomanie pour les GBQM et les autres minorités sexuelles et de genre;
- 2) Établir une Commission du droit du Canada pour fournir des conseils indépendants sur les améliorations, la modernisation et la réforme du *Code criminel* et de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Cette Commission du droit du Canada devrait :
 - a) comprendre au moins cinq commissaires capables de représenter une expertise en santé sexuelle, sur le traitement des dépendances, la réduction des méfaits et le bien-être des minorités sexuelles et de genre;
 - b) être nommée par le Cabinet sur recommandation du ministre de la Santé;

- c) incarner une approche multidisciplinaire et mobiliser un large éventail d'intervenants et de collectivités, y compris les minorités sexuelles consommatrices de drogues;
- d) adopter une approche respectueuse des droits et conforme aux principes directeurs de la SCDAS (c.-à-d. exhaustive, collaborative, empreinte de compassion et fondée sur des données probantes);
- e) fournir des conseils législatifs aux principaux hauts fonctionnaires et comités parlementaires au moyen de rapports sur les méthodes et les stratégies visant à réduire les méfaits et les risques liés à la consommation de substances découlant de la contamination des stocks de drogues.

Références

1. « LGBT Communities and Drug Policy Reform: Toward a Public Health and Safety-Based Approach », Drug Policy Alliance, https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Fact%20Sheet_LGBT%20Communities%20and%20the%20War%20on%20Drugs.pdf.
2. Schuler, M. S., C. E. Rice, R. J. Evans-Polce et R. L. Collins, « Disparities in substance use behaviors and disorders among adult sexual minorities by age, gender, and sexual identity », *Drug and Alcohol Dependence*, 1^{er} août 2018, vol. 189, p. 139–146.
3. Corliss, H. L., M. Rosario, D. Wypij, S. A. Wylie, A. L. Frazier et S. B. Austin, « Sexual Orientation and Drug Use in a Longitudinal Cohort Study of U.S. Adolescents », *Addict Behav.*, mai 2010, vol. 35, n° 5, vol. 517–521.
4. Schrage, S. M., A. Kecojevic, K. Silva, J. J. Bloom, E. Iverson et S. E. Lankenau, « Correlates and Consequences of Opioid Misuse among High-Risk Young Adults », *Journal of Addiction*, 2014 [cité le 21 avril 2019], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4259139/>.
5. O'Driscoll, P. T., J. McGough, H. Hagan, H. Thiede, C. Critchlow et E. R. Alexander, « Predictors of accidental fatal drug overdose among a cohort of injection drug users », *American Journal of Public Health*, juin 2001, vol. 91, n° 6, p. 984.
6. Pollard, A., T. Nadarzynski, C. Llewellyn, « Syndemics of stigma, minority-stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex with men using chemsex », *Culture, Health & Sexuality*, 25 juillet 2017, 0(0), p. 1–17.
7. Power, J., G. Mikołajczak, A. Bourne, G. Brown, W. Leonard, A. Lyons et coll., « Sex, drugs and social connectedness: wellbeing among HIV-positive gay and bisexual men who use party-and-play drugs », *Sex Health*, avril 2018, vol. 15, n° 2, p. 135–143.
8. Ahmed, A.-K., P. Weatherburn, D. Reid, F. Hickson, S. Torres-Rueda, P. Steinberg et coll., « Social norms related to combining drugs and sex (“chemsex”) among gay men in South London », *Int J Drug Policy*, décembre 2016, vol. 38, p. 29–35.
9. Weatherburn, P., F. Hickson, D. Reid, S. Torres-Rueda et A. Bourne, « Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs (“chemsex”) among gay men in South London: findings from a qualitative study », *Sex Transm Infect.*, 12 août 2016, sextrans-2016-052695.
10. Lawn, W., A. Aldridge, R. Xia, A. R. Winstock, « Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women », *Rapport d'analyse transversale d'un « sondage global sur les drogues »*, *The Journal of Sexual Medicine*, 2 avril 2019 [cité le 21 avril 2019], 0(0), [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(19\)30423-0/abstract](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(19)30423-0/abstract).
11. Card, K. G., H. Armstrong, Z. Cui, J. Zhu, N. J. Lachowsky, D. M. Moore et coll., « A Latent Class Analysis of Substance Use and Culture among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men », *Culture, Health & Sexuality*. 2017, en révision.
12. Card, K. G., R. Higgins, A. Albina, L. Tooley, J. Jollimore, N. J. Lachowsky et coll., « Substance Use Patterns and Awareness of Biomedical HIV Prevention Strategies among Canadian Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men », *Internal Data*, 2019.
13. Reback, Cathy J., James A. Peck, Jesse B. Fletcher, M. Nuno et R. Dierst-Davies, « Lifetime Substance Use and HIV Sexual Risk Behaviors Predict Treatment Response to Contingency Management Among

- Homeless, Substance-Dependent MSM », *Journal of Psychoactive Drugs*, 1^{er} avril 2012, vol. 44, n° 2, p. 166–172.
14. Halkitis, P. N., M. D. Levy, A. D. Moreira et C. N. Ferrusi, « Crystal Methamphetamine Use and HIV Transmission Among Gay and Bisexual Men », *Curr Addict Rep.*, 1^{er} septembre 2014, vol. 1, n° 3, p. 206–213.
 15. Nutt, D., L. A. King, W. Saulsbury et C. Blakemore, « Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse », *The Lancet*, 24 mars 2007, vol. 369, n° 9566, p. 1047–1053.
 16. Nutt, D. J., L. A. King et L. D. Phillips, « Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis », *The Lancet*, 6 novembre 2010, vol. 376, n°9752, p. 1558–1565.
 17. Van Amsterdam, J., D. Nutt, L. Phillips et W. van den Brink, « European rating of drug harms », *J Psychopharmacol*, 1^{er} juin 2015, vol. 29, n° 6, p. 655–660.
 18. Knight, R., M. Karamouzian, A. Carson, J. Edward, P. Carrieri, J. Shoveller et coll., « Interventions pour contrer la toxicomanie et le risque sexuel chez les hommes gais, bisexuels et autres ayant des rapports sexuels avec des hommes qui consomment de la méthamphétamine : Une revue systématique », *Dépendance à la drogue et à l'alcool*, janvier 2019, vol. 1, n° 194, p. 410-429.
 19. Méthamphétamine, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Methamphetamine-2018-fr.pdf>.
 20. Flores, J. M., G-M. Santos, K. Makofane, S. Arreola et G. Ayala, « Availability and Use of Substance Abuse Treatment Programs Among Substance-Using Men Who Have Sex With Men Worldwide », *Substance Use & Misuse*. 16 avril 2017, vol. 52, n° 5, p. 666-673.
 21. Salway, T., O. Ferlatte, J. Shoveller, A. Purdie, T. Grennan, D. H. S. Tan et coll., « The Need and Desire for Mental Health and Substance Use-Related Services Among Clients of Publicly Funded Sexually Transmitted Infection Clinics in Vancouver, Canada », *J Public Health Manag Pract.* 25 juin 2019, vol. 25, n°3, p. E1–10.
 22. Levesque, J-F., M. F. Harris et G. Russell, « Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations », *International Journal for Equity in Health*, 11 mars 2013, vol. 12, n° 18.
 23. McCabe, S. E., B. T. West, T. L. Hughes et C. J. Boyd, « Sexual Orientation and Substance Abuse Treatment Utilization in the United States: results from a national survey », *J Subst Abuse Treat.*, janvier 2013, vol. 44, n° 1, p. 4–12.
 24. Addis, S., M. Davies, G. Greene, S. Macbride-Stewart et M. Shepherd, « The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: a review of the literature », novembre 2009, vol. 17, n° 6, p. 647–658.
 25. Senreich, E., « Are specialized LGBT program components helpful for gay and bisexual men in substance abuse treatment? », *Subst Use Misuse*, juin 2010, 45(7–8), p. 1077-1096.
 26. Bracchi, M., D. Stuart, R. Castles, S. Khoo, D. Back et M. Boffito, « Increasing use of “party drugs” in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety », *AIDS*, 24 août 2015, 29(13), p. 1585–1592.
 27. Lee, J. C., « Club drugs and erectile function: Far from sexual ecstasy », *Journal of Sexual & Reproductive Medicine*, 2002 [cité le 21 avril 2019], 2(1), <https://www.pulsus.com/abstract/club-drugs-and-erectile-function-far-from-sexual-ecstasy-110.html>.
 28. Semple, S. J., S. A. Strathdee, J. Zians et T. L. Patterson, « Sexual Risk Behavior Associated with Co-administration of Methamphetamine and Other Drugs in a Sample of HIV-positive Men Who Have Sex with Men », *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, Février 2009, 18(1), p. 65.
 29. Cheitlin, Melvin D., Adolph M. Hutter, Ralph G. Brindis, Peter Ganz, Sanjay Kaul, Richard O. Russell et coll., « Use of Sildenafil (Viagra) in Patients With Cardiovascular Disease », *Circulation*, 12 janvier 1999, 99(1), p. 168–177.
 30. « Take-home naloxone: a life saver in opioid overdose », *The Lancet*, 2019, 26;393(10169), p. 296.
 31. Beletsky, L., P. Baker, J. Arredondo, A. Emuka, D. Goodman-Meza, M. E. Medina-Mora et coll., « The global health and equity imperative for safe consumption facilities », *The Lancet*, 18 août 2018, 392(10147), p. 553–554.
 32. Peiper, N. C., S. D. Clarke, L. B. Vincent, D. Ciccarone, A. H. Kral et J. E. Zibbell, « Fentanyl test strips as an opioid overdose prevention strategy », résultats tirés d'un programme offrant des seringues dans le Sud-Est des États-Unis, *Int J Drug Policy*, janvier 2019, 63, p. 122–128.
 33. Webster, P. C., « Calls for medically safe heroin mount in Canada », *The Lancet*, 21 janvier 2017, 389(10066), p. 239.

34. Larney, S. et W. Hall, « A major expansion of opioid agonist treatment is needed to reduce overdose deaths in the USA », *The Lancet Public Health*, 1^{er} février 2019, 4(2), p. e77-78.
35. Jessemman, R. et D. Payer, « Decriminalization: Options and Evidence », Centre canadien sur l'usage et les dépendances aux substances, juin 2018, http://www.ccsa.ca/Resource_Library/CCSA-Decriminalization-Controlled-Substances-Policy-Brief-2018-fr.pdf.
36. « Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada », Association canadienne de santé publique, 2014, https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/ips_2014-05-15_f.pdf.
37. Riley, D., « La politique canadienne de contrôle des stupéfiants : Aperçu et commentaire », 1998, <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/371/ille/library/riley-f.pdf>.
38. « Le renforcement de l'approche du Canada à l'égard des enjeux liés à la consommation de substances », Santé Canada, 2018, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances/renforcement-approche-canada-egard-questions-liees-consommation-substances.html>.
39. Schwartz, C., « Vapeur et miroirs : Les poppers dans le contexte de la politique canadienne sur les drogues », CBRC (Centre canadien de recherche sur la santé des hommes gais), 2019, https://fr.cbrc.net/vapeur_et_miroirs_les_poppers_dans_le_contexte_de_la_politique_canadienne_sur_les_drogues.
40. Greenwald, G., « Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies », Cato Institute, 2009, https://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf.
41. « La décriminalisation de l'usage personnel de substances psychotropes », Association canadienne de santé publique, 2017, <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/decriminalization-positionstatement-f.pdf>.
42. Hosseiny, F., « Soutenir et non punir : Désamorcer la crise des opioïdes au Canada, Association canadienne de santé publique, 2018, <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2018/07/Soutenir-et-non-punir-FR.pdf>.
43. « Drug Policy Profiles: Portugal », European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/642/PolicyProfile_Portugal_WEB_Final_289201.pdf.
44. Canadian HIV/AIDS Legal Network, Canadian Drug Policy Coalition, British Columbia Civil Liberties Association, Vancouver Area Network of Drug Users, Canadian Aboriginal AIDS Network, Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network et coll., « Drug policy and human rights: the Canadian context », 2018, <https://tinyurl.com/y6gcchnr>.
45. Milton, Friedman, « An Open Letter to Bill Bennett, 1989, <http://www.stephenhicks.org/wp-content/uploads/2016/12/Bennett-vs-Friedman-Drug-War-WSJ.pdf>.