La réduction des méfaits sur les campus

Une trousse d'outils

CENTRE D'INNOVATION EN
SANTÉ MENTALE SUR LES CAMPUS

Association canadienne pour la santé mentale
Ontario

Table des matières

[3] **À propos de cette trousse d'outils**

- Comment utiliser cette trousse d'outils
- Avertissement
- Positionnement
- Remerciements

Première partie

[6] **Introduction à la réduction des méfaits**

- Qu'est-ce que la réduction des méfaits?
- Principes de la réduction des méfaits
- Comprendre la consommation de substances et les comportements potentiellement dangereux
- Continuum de la consommation de substances et des comportements potentiellement dangereux

[11] **Facteurs de risque et obstacles à l'accès aux soins**

- Déterminants sociaux de la santé
- Facteurs de risque et de protection
- Intersectionnalité
- Réduction autochtone des méfaits
- Obstacles à l'accès aux soins

[19] **Recommandations générales pour la réduction des méfaits sur les campus**

Deuxième partie

[21] **Consommation de substances sur les campus**

- Crise d'intoxication médicamenteuse
- Substances
- Résultats des approches de réduction des méfaits en matière de consommation de substances
- Ressources pour promouvoir la réduction des méfaits liés à la consommation de substances
- Pleins feux sur les campus

[30] **Dépendances comportementales**

- Jeux de hasard et d'argent problématiques
- Comportement d'achat compulsif
- Utilisation problématique d'Internet (jeux, médias sociaux)
- Comportement sexuel compulsif

[40] **Santé sexuelle et travail du sexe**

- Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
- Travail du sexe

[44] **Automutilation**

- Automutilation non suicidaire (ANS)
- Troubles de conduites alimentaires

[51] **Conclusion**

- Principales recommandations
- Feuille de réflexion

[55] **Références**

Comment utiliser cette trousse d’outils

Cette trousse d’outils est destinée au personnel des campus, au corps professoral et aux administrateurs-trices qui souhaitent en savoir plus sur les approches de réduction des méfaits, les domaines auxquels elles peuvent s'appliquer et les pratiques spécifiques à certains cas dans les établissements d'enseignement postsecondaire.

L'objectif de cette trousse d’outils est **de sensibiliser, d'éduquer et de formuler des recommandations** pour outiller les campus de niveau postsecondaire de l'Ontario dans le soutien des étudiants-es susceptibles d'adopter des comportements à haut risque.

Nous recommandons d'utiliser cette trousse d’outils d'une manière qui réponde aux besoins du/de la lecteur-trice. Si vous cherchez un sujet précis, veuillez utiliser la page d'accueil à **https://campusmentalhealth.ca/fr/trousses-doutils/reduction-mefaits/** pour sélectionner le sujet qui vous intéresse ou parcourir la table des matières. Vous pouvez imprimer l'ensemble de la trousse d’outils ou toute section dont vous avez besoin. Vous pouvez également imprimer la feuille de réflexion qui se trouve à la fin de la trousse d’outils et qui contient des questions, si vous souhaitez noter vos réflexions sur les sujets abordés.

Si vous êtes intéressés-es par les recommandations et les « Plein feux sur des campus », vous les trouverez à la fin de chaque section. Malheureusement, toutes les sections n'ont pas de « Plein feux sur des campus ». Si vous avez des questions ou des commentaires sur ces recommandations ou sur les « Plein feux sur des campus », vous pouvez envoyer un courriel à Tarin Karunagoda, chef de projet, à l'adresse **tkarunagoda@campusmenathealth.ca** ou **info@campusmentalhealth.ca**.

Avertissement

Cette trousse d’outils n'a pas pour but d'être exhaustive ; elle constitue plutôt une introduction pour ceux et celles qui ne sont que peu ou pas du tout familiarisés-es avec les principes et/ou les pratiques de réduction des méfaits. Elle est conçue à des fins éducatives et ne vise pas à promouvoir certaines modalités plutôt que d'autres. Cette trousse d’outils n'a pas pour but d'admonester ou de juger les comportements à risque, ni de placer certaines pratiques de réduction des méfaits au-dessus d'autres.

Les auteurs-trices ont tenté de s'assurer que la plupart des pratiques et des recherches s'inscrivent dans les contextes pertinents, mais ils et elles souhaitent reconnaître que la vaste littérature relative à la réduction des méfaits a tendance à se concentrer sur la consommation de substances.

Nous tenons également à souligner que cette trousse d’outils utilise des recherches largement basées sur des visions du monde eurocentriques et occidentales. D'importantes discussions interculturelles liées à l'application de la réduction des méfaits dépassent le cadre de cette trousse d’outils, mais méritent une attention et une réflexion plus approfondies.

Positionnement

Cette trousse d’outils a été créée en collaboration avec des professionnels-les et des experts-es issus-es des secteurs de la santé mentale, des dépendances et/ou de l'enseignement supérieur. Tarin Karunagoda, responsable de projet, apporte des perspectives éducatives et professionnelles sur les neurosciences des dépendances, la santé mentale des jeunes et au sein du postsecondaire, et le travail de réduction des méfaits dans les universités.

Remerciements

Cette trousse d’outils n'aurait pas vu le jour sans les connaissances et les contributions de nos collaborateurs-trices. Nous remercions tout particulièrement Nik Carverhill (responsable des politiques en matière de toxicomanie et de dépendances) et Benjamin Bongolan (responsable de l'équité, de la diversité, de l'inclusion, de l'accessibilité et de la lutte contre le racisme (EDIAA)) à l'ACSM Ontario pour leurs précieux conseils.

Auteurs-trices et collaborateurs-trices :

- Amanda Bagri
- Benjamin Bongolan
- Charlotte Booth
- Heather Uchman
- James Racine
- Nik Carverhill
- Sydney Bennell

Nous sommes également reconnaissants aux nombreux membres du campus et de la communauté qui nous ont informés des besoins de la trousse d’outils par le biais de l'enquête sur les besoins de la trousse d’outils et d'entretiens. Nous remercions tout particulièrement :

- Annick Evraire
- Ben Bridgstock
- Cecilia Amoakohene
- Dillon Brady
- Jessica Arteaga
- Josée Joliat
- Julia Goldsteins
- Madeline Derby
- Megan Francoeur
- Sarah Hafez
- Sudha Sabanadesan

« Non seulement il est important de rappeler que la réduction des méfaits va du port de la ceinture de sécurité à l'offre de sites de consommation supervisée, mais la recherche montre également que la réduction des méfaits produit souvent les meilleurs résultats sociaux et sanitaires, à la fois pour les personnes qui utilisent les services et pour les communautés dans lesquelles elles vivent. »

Première partie

Introduction à la réduction des méfaits

Qu'est-ce que la réduction des méfaits?

La réduction des méfaits est plusieurs choses à la fois. Il s'agit d'un mouvement, d'une approche philosophique de l'établissement de relations, et d'un ensemble de stratégies concrètes qui peuvent contribuer à réduire les effets néfastes potentiels sur la santé et la société de certains comportements, notamment la consommation de substances, les jeux de hasard et d'argent, le travail du sexe, etc.

> *Notamment utilisée dans le contexte de la consommation de substances et des dépendances, la réduction des méfaits est surtout connue comme un mouvement de justice sociale fondé sur la croyance et le respect des droits des personnes qui consomment des drogues (National Harm Reduction Coalition [NHRC], 2020).*

En tant que philosophie interpersonnelle, la réduction des méfaits est une approche qui permet d'établir des relations de soins et de soutien, en particulier avec les personnes qui consomment des drogues ou dont les activités sont marginalisées, criminalisées et/ou stigmatisées (par exemple, le travail du sexe). Les principes fondamentaux de la réduction des méfaits nous invitent à rencontrer les autres « là où ils et elles en sont », sans jugement, avec une curiosité compatissante et en comprenant que les gens font des choix pour des raisons qui s'adaptent souvent à leur situation. En d'autres termes, la consommation de drogues et d'autres comportements potentiellement dangereux servent souvent un objectif important pour les gens.

La réduction des méfaits est également un ensemble de stratégies pratiques visant à réduire les conséquences potentiellement négatives ou néfastes de certains comportements, sans attendre de la personne qu'elle s'abstienne complètement de ces comportements. Il s'agit d'un « ensemble de principes et de procédures à la fois pragmatiques et compatissants » qui reconnaît que de nombreuses personnes continueront à consommer des drogues et à adopter des comportements à risque malgré les efforts de prévention (Marlatt, 1996, p. 779). Elle admet également que de nombreuses personnes ne veulent pas, ou ne peuvent pas, chercher et accéder à un traitement, et que d'autres n'ont peut-être pas besoin de traitement mais bénéficieraient néanmoins de pratiques de réduction des méfaits.

L'approche de la réduction des méfaits donne la priorité à l'éducation - sur les méfaits et les options possibles pour les réduire ou les éliminer - et au respect de l'autonomie de la personne. Dans ce cadre, les personnes sont encouragées à établir leurs propres objectifs en matière de santé et de bien-être et sont aidées à prendre « toutes les mesures qui s'imposent » pour les atteindre (Logan & Marlatt, 2010, p. 201).

Enfin, la réduction des méfaits met l'accent sur la nécessité de s'attaquer et de se concentrer sur les vulnérabilités spécifiques des groupes marginalisés, en reconnaissant que les méfaits sont souvent concentrés en fonction des déterminants sociaux de la santé (revenu, origine raciale, identité sexuelle et de genre, statut d'immigrant, etc.)

Principes de la réduction des méfaits

Les principes suivants, élaborés par la National Harm Reduction Coalition (NHRC), basée aux États-Unis, résument ce qu'implique une approche de réduction des méfaits pour les personnes qui consomment des drogues non réglementées. Ils peuvent également s'appliquer à d'autres comportements potentiellement à risque ainsi qu'à l'utilisation de substances réglementées. Ces principes guident le travail structurel et systémique, ainsi que l'engagement interpersonnel.

- Accepter, pour le meilleur ou pour le pire, que l'usage licite et illicite de drogues fasse partie de notre monde et choisir de travailler à minimiser ses effets néfastes plutôt que de simplement les ignorer ou les condamner
- Établir la qualité de vie et de bien-être des individus et de la communauté - et pas nécessairement l'arrêt de toute consommation de drogue - comme critères de réussite des interventions et des politiques
- Veiller à ce que les personnes qui consomment des drogues et celles qui ont des antécédents de consommation de drogues aient véritablement leur mot à dire dans la création de programmes et de politiques destinés à les servir
- Reconnaitre que les réalités de la pauvreté, de la classe sociale, du racisme, de l'isolement social, des traumatismes passés, de la discrimination fondée sur le genre et d'autres inégalités sociales affectent à la fois la vulnérabilité des personnes et leur capacité à faire face efficacement aux méfaits liés à la drogue
- Comprendre que la consommation de drogues est un phénomène complexe et à multiples facettes qui englobe un continuum de comportements allant de la consommation intensive à l'abstinence totale, et reconnaître que certaines manières de consommer des drogues sont clairement plus sûres que d'autres
- Demander que les personnes qui consomment des drogues et les communautés dans lesquelles elles vivent bénéficient de services et de ressources sans jugement ni coercition, afin de les aider à réduire les méfaits qui en découlent
- Proclamer les personnes qui consomment des drogues comme principaux agents de la réduction des méfaits liés à leur consommation de drogues et chercher à donner aux personnes qui consomment des drogues les moyens d'échanger des informations et de se soutenir mutuellement dans le cadre de stratégies qui répondent à leurs conditions réelles de consommation
- Ne pas tenter de minimiser ou d'ignorer les méfaits et les dangers réels et tragiques qui peuvent être associés à la consommation de drogues illicites

(NHRC, 2020)

Au niveau de la personne, ces principes clés peuvent également être résumés comme suit:

- **humanisme**
- **pragmatisme**
- **individualité**
- **autonomie**
- **incrémentalisme**
- **responsabilisation sans rupture de relation**

Les définitions de ces principes sont incluses ci-dessous; bien qu'empruntées à la recherche dans le cadre des soins de santé, elles sont applicables dans le cadre des campus (Hawk et al., 2017). Des suggestions concrètes pour soutenir les personnes sur la base de ces principes sont proposées dans les sections suivantes.

PRINCIPE	DÉFINITION
Humanisme	• Valoriser, prendre soin, respecter et honorer les personnes en tant qu'individus • Reconnaître que les gens font les choses pour une raison ; les comportements dangereux pour la santé apportent certains avantages à l'individu et ces avantages doivent être évalués et reconnus pour comprendre l'équilibre entre les inconvénients et les avantages
Pragmatisme	• Aucun d'entre nous ne parviendra jamais à adopter des comportements parfaits en matière de santé • Les comportements en matière de santé et la capacité à les modifier sont influencés par les normes sociales et communautaires ; les comportements ne se produisent pas en vase clos
Individualité	• Chaque personne a ses propres besoins et ses propres forces • Les personnes présentent des spectres de dangerosité et de réceptivité et ont donc besoin d'un éventail d'options de soutien

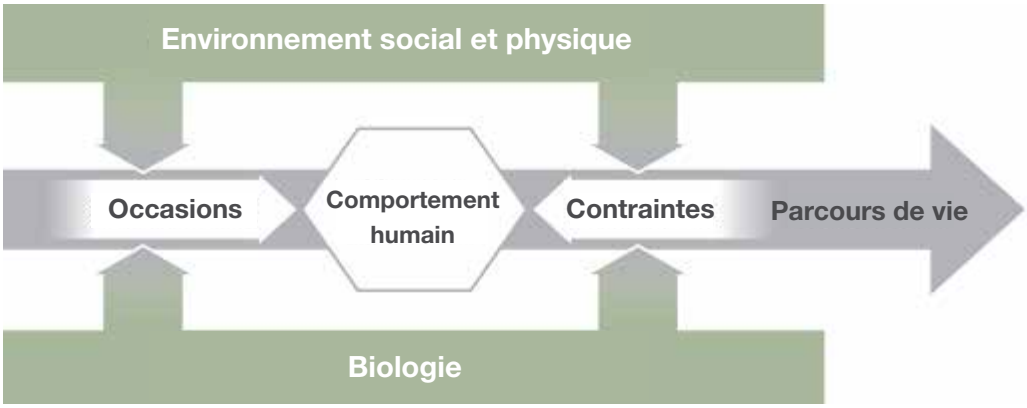
PRINCIPE	DÉFINITION
Autonomie	• Bien que nous puissions offrir des suggestions et une éducation concernant les options de soutien aux étudiants-es, les individus font au final leurs propres choix en matière de médicaments, de traitement et de comportements de santé au mieux de leurs capacités, de leurs croyances et de leurs priorités
Incrémentalisme	• Tout changement positif est un pas vers l'amélioration de la santé, et un changement positif peut prendre des années • Il est important de comprendre et de prévoir les mouvements de recul
Responsabilisation sans rupture (milieux de soins de santé)	• Les clients-es sont responsables de leurs choix et de leurs comportements en matière de santé • Les clients-es ne sont pas « renvoyés-es » s'ils et elles n'atteignent pas leurs objectifs • Les individus ont le droit de prendre des décisions néfastes pour leur santé, et les prestataires peuvent toujours les aider à comprendre que les conséquences sont les leurs

RÉFLEXION :
Dans le cadre de votre pratique ou de votre rôle, comment pourriez-vous appliquer les principes de réduction des méfaits lorsque vous aidez des étudiants-es ?

Comprendre la consommation de substances et les comportements potentiellement dangereux

Dans un excellent guide visant à comprendre la consommation de substances du point de vue de la promotion de la santé, les auteurs-trices écrivent :

> *L'expérience humaine est complexe. Aider les gens à comprendre cette complexité et leur donner les moyens de la gérer, c'est les rendre acteurs (et non victimes) de leur propre vie. Cela dit, personne n'est complètement autonome. Nos choix et nos comportements sont influencés par divers facteurs, notamment la biologie, l'environnement physique et social, et les événements survenus tout au long de notre vie (Here to Help, 2013, p. 2).*



(Here to Help, 2013, p. 2)

Le diagramme ci-dessus montre comment notre environnement social et physique, ainsi que notre biologie personnelle (y compris la génétique), influencent les occasions et les contraintes de notre vie. À leur tour, ces occasions et ces contraintes influencent notre comportement tout au long de notre vie.

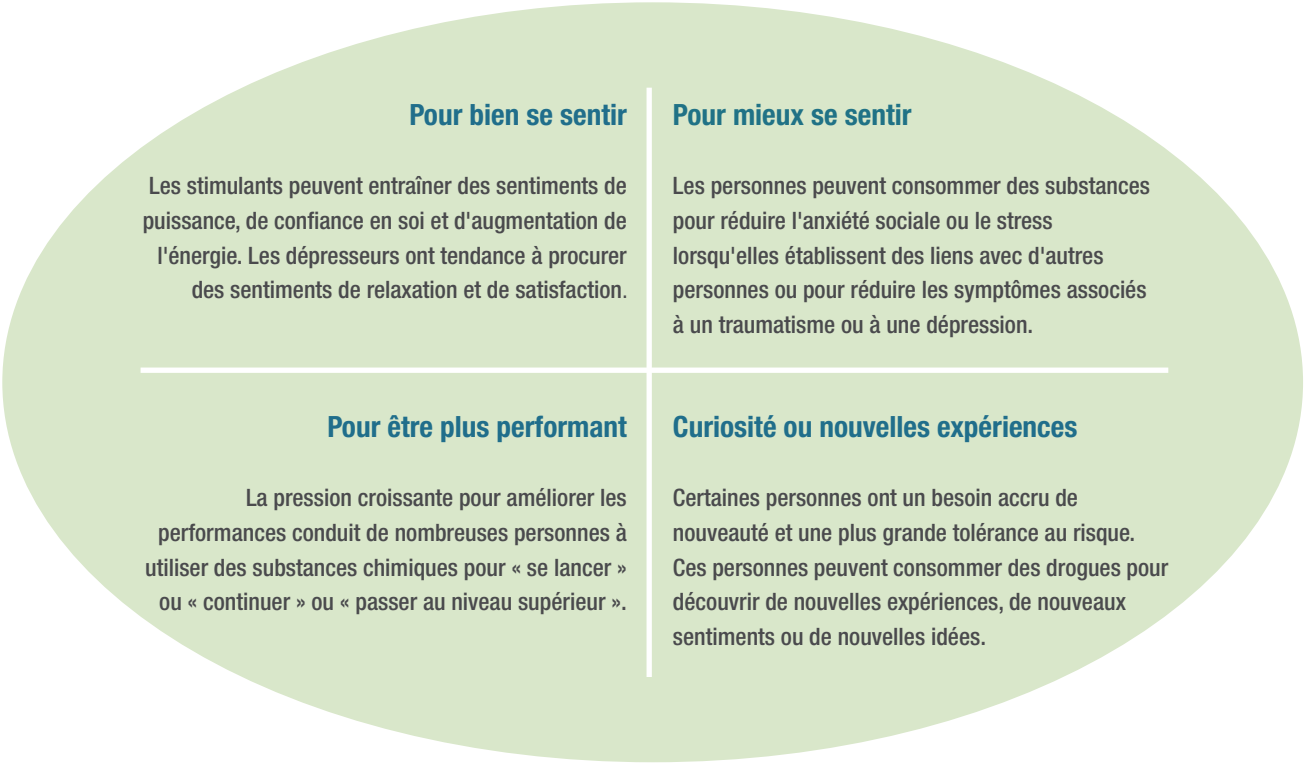
Le guide complet peut être consulté ici :
Understanding Substance Use: A Health Promotion Perspective

Un élément important de la formation du comportement en relation avec les substances et les comportements potentiellement dangereux (par exemple, les jeux d'argent et de hasard, la relation compulsive avec le sexe/ la pornographie, le magasinage) est le rôle du système de récompense du cerveau. Les systèmes cérébraux impliqués dans la sensation de plaisir et de récompense contribuent à renforcer les comportements qui nous font du bien ou, primitivement, qui sont nécessaires à notre survie. Ce système de récompense nous aide à ressentir de la satisfaction lorsque nous mangeons, avons des interactions sociales, faisons de l'exercice ou avons des relations sexuelles, en libérant de la dopamine, une substance chimique. Lorsque les niveaux de dopamine sont élevés, nous ressentons un sentiment de plaisir et de récompense qui contribue à renforcer ces comportements. De nombreuses substances, les jeux de hasard et d'argent, la pornographie, l'hyperphagie, les jeux vidéo, etc., sont associés à la libération de dopamine (Avena & Bocarsly, 2012 ; Bello & Hajnal, 2010 ; Linnet, 2020 ; Love et al., 2015 ; Nutt et al., 2015).

Cette vidéo explique comment le système de récompense du cerveau fonctionne et change lorsque l'on consomme des substances : ***How an Addicted Brain Works***

Si la fréquence ou l'intensité avec laquelle nous recherchons des expériences qui libèrent de la dopamine augmente, les récepteurs de dopamine de notre cerveau deviennent moins sensibles et nous développons une tolérance à cette stimulation. Bien que ce processus ne soit certainement pas le seul à contribuer à la formation du comportement, il est très important. En effet, il existe des preuves contradictoires quant à savoir si certaines substances entraînent des augmentations significatives de la libération de dopamine (Nutt et al., 2015). En outre, la constitution génétique et biologique d'une personne, ainsi que son contexte social et environnemental, influencent la manière dont l'expérience physiologique de la libération de dopamine influe sur le comportement, les préférences, les choix et les priorités.

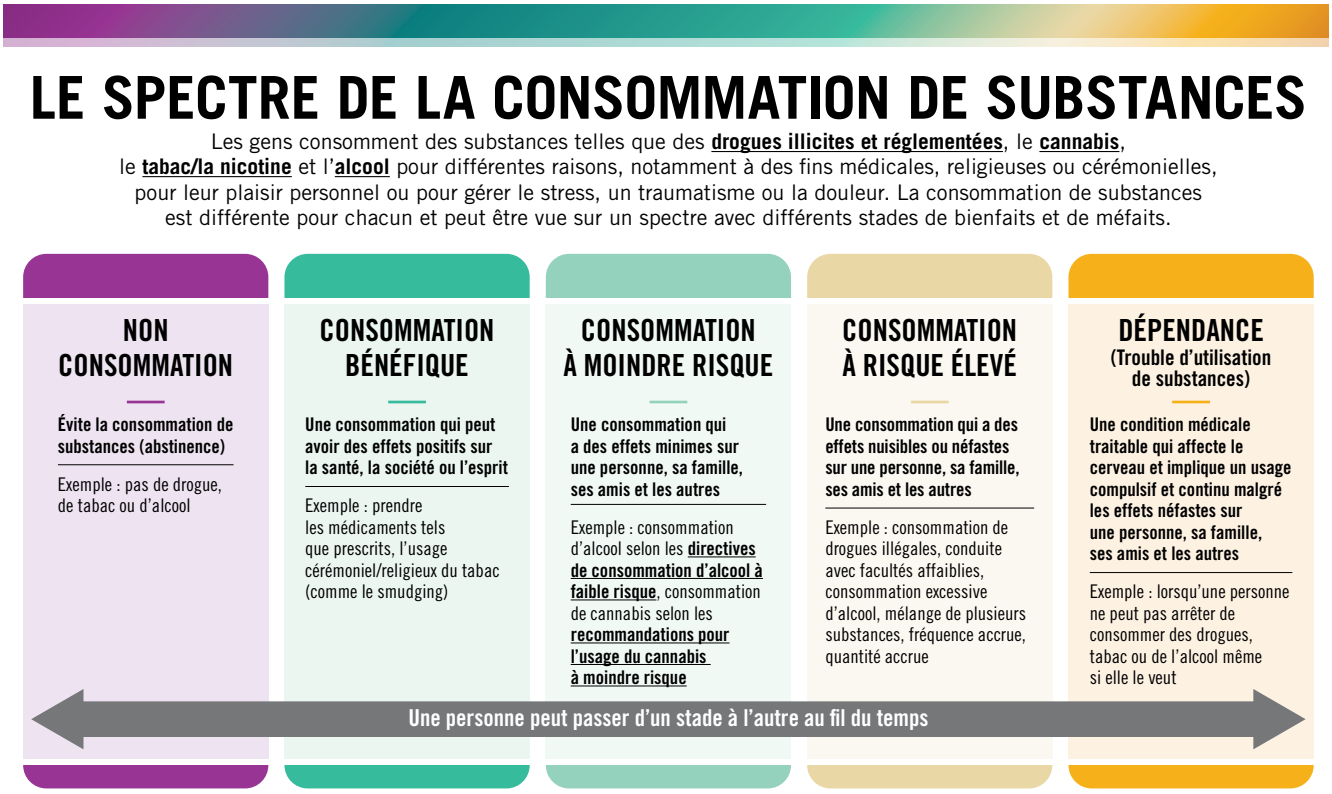
Il est donc important de comprendre, du point de vue de l'individu, pourquoi il adopte un comportement particulier, au-delà de la sensation de bien-être que peut procurer un taux élevé de dopamine dans le cerveau. L'image ci-dessous résume les raisons pour lesquelles les gens peuvent s'engager dans la consommation de substances. Toutefois, ces raisons peuvent également s'appliquer à d'autres comportements potentiellement dangereux.



(Here to Help, 2013, p. 3)

Continuum de la consommation de substances et des comportements potentiellement dangereux

Quelles que soient les raisons d'une personne, la consommation de substances ou l'adoption d'un comportement potentiellement dangereux se situe sur un spectre de bienfaits et de méfaits. La description de ce spectre par Santé Canada est présentée ci-dessous. À une extrémité, il y a la non-consommation (ou le non-engagement dans un comportement potentiellement risqué). Ensuite, il y a la consommation bénéfique, suivi de la consommation à moindre risque, de la consommation à risque élevé et de la dépendance (dans le contexte médical, les dépendances sont appelées troubles d'utilisation de substances).



(Santé Canada, 2022)

Les personnes peuvent évoluer sur ce continuum tout au long de leur vie, et la plupart des consommations de substances ou des comportements potentiellement dangereux ne conduisent pas nécessairement à la dépendance. Tout comme la biologie, la génétique et le contexte social et environnemental d'une personne influencent les raisons qui la poussent à adopter un comportement potentiellement dangereux ou à consommer des substances, ces facteurs influencent également la vulnérabilité d'une personne aux risques associés à ce choix. En d'autres termes, 2 personnes peuvent adopter le même comportement et être confrontées à des résultats radicalement différents. C'est ce que nous allons voir dans la section suivante.

Pour ceux qui finissent par développer une dépendance, celle-ci peut être caractérisée par 4 éléments clés : l'**envie**, la perte de **contrôle** de la quantité ou de la fréquence de la consommation, la **compulsion** à consommer et la consommation en dépit des **conséquences** (Centre de toxicomanie et de santé mentale [CAMH], n.d.-a).

Facteurs de risque et obstacles à l'accès aux soins

Les étudiants-es de l'enseignement de niveau postsecondaire ne sont pas exposés-es de la même manière aux méfaits potentiels associés à la consommation de substances ou aux comportements à risque. Cette section aborde les facteurs qui rendent certains-es étudiants-es plus ou moins vulnérables aux méfaits, ainsi que les obstacles potentiels auxquels les étudiants-es sont confrontés-es dans l'accès aux soins.

Social Determinants of Health

Déterminants sociaux de la santé
Facteurs non médicaux qui influencent les résultats en matière de santé

Inégalités en matière de santé
Différences systématiques dans l'état de santé des différents groupes de population

Comme nous l'avons vu, de nombreux facteurs influencent la relation d'une personne avec des substances ou des comportements potentiellement dangereux. Outre notre biologie, notre génétique et nos choix personnels, il existe des **déterminants sociaux de la santé** qui influencent notre bien-être. En bref, les déterminants sociaux de la santé sont « les facteurs non médicaux qui influencent les résultats en matière de santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que de l'ensemble plus large de forces et de systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne » (Organisation mondiale de la santé [OMS], n.d.). Les exemples incluent le revenu et le statut social, l'emploi et les conditions de travail, l'éducation et l'alphabétisation, les environnements physiques, la race, le genre et l'orientation sexuelle (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2024a). Les déterminants sociaux de la santé agissent en grande partie aux niveaux systémique et structurel et sont influencés par les politiques, les normes et les systèmes qui déterminent la répartition sociale de la richesse, du pouvoir et des ressources.

Ils touchent tout le monde, mais pas de la même manière. Par conséquent, il peut y avoir des distinctions claires dans l'état de santé de certaines personnes et de certains groupes qui apparaissent au fil du temps. Les différences systématiques dans l'état de santé des différents groupes sont appelées inégalités en matière de santé.

La recherche montre que, dans de nombreux cas, les déterminants sociaux de la santé peuvent être plus importants que les soins de santé et les choix de mode de vie pour influencer la santé. Voici quelques exemples de la manière dont les déterminants sociaux de la santé produisent des résultats sanitaires inéquitables au niveau de la population au Canada :

- L'augmentation des taux de consommation de substances, de dépression, d'anxiété, d'automutilation et d'idées suicidaires chez les jeunes autochtones est associée aux traumatismes intergénérationnels et contemporains, y compris les impacts du colonialisme, du système des pensionnats, du racisme systémique et de la pauvreté (Hop Wo et al., 2020 ; Nutton & Fast, 2015 ; Spillane et al., 2023).

- La marginalisation socio-économique, mesurée par le logement, la situation professionnelle, l'éducation, l'implication dans le système de justice pénale, etc., est fortement associée au risque de subir une surdose liée aux opioïdes (van Draanen et al., 2020).

- La discrimination est liée aux maladies chroniques et à d'autres effets négatifs sur la santé. Dans une enquête menée auprès d'étudiants-es de l'Université de Toronto, les étudiants-es racialisés-es avaient environ 2,5 fois plus de chances d'avoir de mauvais résultats en matière de santé générale que les étudiants-es blancs-ches (Banerjee et al., 2022 ; Siddiqi et al., 2017).

RÉFLEXION :
Comment pouvons-nous soutenir les étudiants-es qui sont affectés-es de manière disproportionnée par les déterminants sociaux de la santé ?

Facteurs de risque et de protection

Les étudiants-es sont confrontés-es à diverses circonstances de la vie qui peuvent constituer des facteurs de risque et de protection pour la consommation de substances dangereuses ou les comportements à risque. La façon dont une personne réagit à ces facteurs varie en fonction de sa situation unique et de sa biologie personnelle. Il est prouvé que la génétique joue un rôle dans la vulnérabilité de certaines personnes au développement d'une dépendance, mais elle ne permet pas de le prédire définitivement (Hatoum et al., 2022 ; 2023). Le stress de la vie et le stress traumatique sont tout 2 associés à une augmentation de la consommation de substances et/ou des comportements à risque (Broman, 2005). Il peut s'agir de:

- stress financier - pauvreté ou instabilité des revenus, endettement, perte d'emploi (Price, 2022)
- stress académique - obtention d'un diplôme, échec à un cours, augmentation de la charge de cours, transition (Pascoe et al., 2019)
- stress social - essayer de s'intégrer, se sentir seul-e, conflit familial (Strickland & Acuff, 2023)
- stress lié aux minorités - les groupes minoritaires subissent un stress lié à la stigmatisation et à la discrimination fondées sur l'identité (Felner et al., 2020).
- maltraitance des enfants, victimisation, oppression, traumatisme intergénérationnel (Moustafa et al., 2021 ; Tang et al., 2024)
- accidents et blessures, en particulier ceux qui entraînent une situation de handicap, y compris des douleurs chroniques (Hartz et al., 2022 ; Hoffman et al., 2024)
- guerre, conflit, violence

Les personnes qui luttent contre leur consommation de substances ou d'autres comportements à risque souffrent souvent de troubles mentaux concomitants, notamment de dépression, d'anxiété, de troubles obsessionnels compulsifs (TOC), de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (TDAH), de troubles de stress post-traumatique (TSPT), etc. (Substance Abuse and Mental Health Administration, 2024). On estime que plus de 20 % des personnes souffrant de troubles mentaux présentent un trouble concomitant de consommation de substances (Rush et al., 2008). Ce chiffre peut atteindre 50 % pour les personnes atteintes de schizophrénie (Buckley et al., 2009).

Un autre facteur de risque pour la consommation de substances ou les comportements à risque chez les jeunes est le fait de faire partie d'environnements sociaux où la consommation de drogues ou les comportements compulsifs sont encouragés ou normalisés, en particulier à un jeune âge, par les pairs ou les personnes qui s'occupent des enfants. Les attitudes liées aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent, au magasinage, à la pornographie et autres sont diffusées par les médias sociaux, les médias populaires et les réseaux de pairs.

Les comportements compulsifs dans le contexte des dépendances font référence à des comportements répétitifs et potentiellement incontrôlables qui se produisent malgré les conséquences négatives (Heinz., et al, 2024).

Inversement, il existe plusieurs facteurs de protection qui peuvent réduire la probabilité de méfaits liés à la consommation de substances ou à des comportements à risque (Cannabis Health Evaluation and Research Partnership [CHERP], 2024). Ils agissent à plusieurs niveaux:

- individuel – compétences d'adaptation saines pour la régulation émotionnelle et la gestion du stress ; image de soi positive et haute estime de soi ; comportement de recherche d'aide en cas de besoin de soutien
- familial – famille d'origine chaleureuse et solidaire qui répond aux besoins physiologiques et émotionnels de base, y compris une supervision adaptée au développement de l'enfant
- au sein de l’école – relations avec des adultes fiables et encourageants ; relations avec les pairs qui favorisent un comportement et des normes pro-sociaux
- au sein de la communauté – possibilités régulières de loisirs et de jeux ; programmes et infrastructures pour les jeunes, y compris les services de santé mentale, qui sont accessibles

Intersectionnalité

Une approche intersectionnelle est une approche qui prend en compte la manière dont les identités multiples et imbriquées d'une personne interagissent pour créer des expériences uniques de privilège ou d'oppression (Crenshaw, 1991). Les personnes qui consomment des drogues ou qui participent à des activités criminalisées ou stigmatisées « font souvent partie de plusieurs groupes minoritaires, ce qui aggrave l'effet de leurs identités sur leurs expériences et augmente la probabilité qu'elles soient victimes d'oppression dans les systèmes » (Irvin, 2024, par. 1). Ainsi, lorsque nous nous interrogeons sur le rôle d'un déterminant social de la santé ou d'un facteur de risque dans l'avènement de certains résultats, il est important de tenir compte de l'intersectionnalité.

Par exemple, bien que la criminalisation des drogues affecte l'ensemble de la société - parce que les personnes qui consomment des drogues existent dans pratiquement toutes les communautés - elle a un impact plus négatif sur certains groupes que sur d'autres. En raison d'un historique de racisme systémique à l'égard des personnes noires et de la présence excessive du maintien de l'ordre dans leurs communautés, les personnes noires sont considérablement surreprésentées dans les établissements correctionnels de l'Ontario et ont toujours été arrêtées à des taux disproportionnés pour possession de drogue (Khenti, 2014 ; Owusu-Bempah et al., 2023). Cette situation ne reflète pas de différences significatives dans les taux de consommation de substances entre les groupes raciaux ; elle met plutôt en évidence l'impact différentiel de la « guerre contre la drogue » sur les différents groupes (Lopez, 2015).

Réduction autochtone des méfaits

> *Avant même que l'on parle de réduction des méfaits, les personnes autochtones, noires et de couleur trouvaient les moyens les plus efficaces et les plus adaptés à leur culture de préserver la santé et la sécurité de leurs communautés face au racisme, au colonialisme et aux traumatismes historiques (NHRC, n.d.-a, p. 9).*

La réduction autochtone des méfaits est un processus d'intégration des connaissances et des valeurs culturelles dans les services et les stratégies de réduction des méfaits (First Nations Health Authority, [FNHA], n.d.). Bien que les approches de la réduction autochtone des méfaits soient diverses et variées, elles sont ancrées dans les visions du monde autochtones et s'appuient généralement sur une compréhension des impacts du colonialisme et des traumatismes intergénérationnels. La réduction autochtone des méfaits peut adopter une perspective **décolonisatrice**, en se concentrant non seulement sur les individus, mais aussi sur les forces systémiques et structurelles qui limitent leur vie, y compris le colonialisme. Une approche décoloniale de la réduction des méfaits tente de rendre le pouvoir et le contrôle aux personnes qui en ont été systématiquement privées, donne la priorité aux programmes communautaires et aux programmes dirigés par des pairs, tient compte des traumatismes, crée des interventions culturellement sûres et est réflexive. La réduction des méfaits est **autochtone** lorsque les interventions ou les programmes sont fondés sur la culture, basés sur les forces et dirigés par des Autochtones (Réseau canadien autochtone du sida et Coalition interagence sida et développement [RCAS et CISD], 2019).

« L'indigénisation de la réduction des méfaits est similaire mais différente de la décolonisation de la réduction des méfaits. La décolonisation des politiques ou des programmes est une tentative de déconstruction ou de démantèlement des politiques et des programmes existants qui sont enracinés dans la pensée coloniale, tandis que l'indigénisation des politiques et des programmes consiste à construire quelque chose de nouveau qui est ancré dans les modes de connaissance autochtones » (RCAS et CISD, 2019, p. 12).

Un exemple de principes de réduction autochtone des méfaits, élaboré par la First Nations Health Authority (FNHA), est présenté ci-dessous.

LES PRINCIPES ET LES PRATIQUES S'APPUIENT SUR LA REPRÉSENTATION CULTURELLE DE 4 ANIMAUX IMPORTANTS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE. CHAQUE ANIMAL EST REPRÉSENTÉ PAR UN SYMBOLE, UN PRINCIPE DE GUÉRISON ET DES STRATÉGIES COMPARATIVES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS:

LE LOUP

- Un symbole de relations et de soins.
- Pour guérir, il faut travailler ensemble, d'un seul cœur et d'un seul esprit.
- Cette représentation est associée aux principes de réduction des méfaits qui soulignent l'importance d'établir des relations avec les personnes qui consomment des substances. Un exemple d'exécution de ce travail pourrait être la fourniture de services de proximité.

L'AIGLE

- Un symbole de la connaissance et de la sagesse.
- La guérison nécessite du temps, de la patience et de la réflexion.
- Cela signifie qu'il faut reconnaître que le bien-être est un voyage plutôt qu'une destination. Cela s'aligne sur le principe de réduction des méfaits selon lequel le soutien peut prendre la forme de nombreuses opportunités permanentes. Cela signifie également que dans notre pratique professionnelle, nous prenons le temps de réfléchir à nos propres émotions et de faire preuve de patience dans notre engagement avec les personnes qui consomment des substances.

L'OURS

- Un symbole de force et de protection.
- La guérison est ancrée dans la culture et la tradition.
- Ce principe célèbre une approche fondée sur la force dans le cadre de la réduction des méfaits. Il reconnaît également que la culture et la tradition sont des forces intergénérationnelles qui constituent à elles seules des méthodes de réduction des méfaits.

LE CORBEAU

- Un symbole d'identité et de transformation.
- Pour guérir, il faut savoir qui l'on est et accepter qui l'on était.
- Ce principe de guérison reconnaît que le chemin vers le bien-être est un voyage qui englobe l'exploration de l'identité et que des erreurs seront commises en cours de route. Nous n'avons pas besoin de porter les fardeaux du passé, car ils nous transforment lorsque nous en tirons des leçons.

(FNHA, n.d.)

D'autres ressources sur la réduction des méfaits sont disponibles ici:

- ***Vision autochtone pour les programmes de réduction des méfaits et de soin pour l'hépatite C*** *par la Source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C (CATIE)*
- ***Indigenous Harm Reduction*** *par la FNHA*

Obstacles à l'accès aux soins

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les gens ne cherchent pas ou ne peuvent pas chercher les soins dont ils ont besoin lorsqu'ils sont aux prises avec une dépendance. La stigmatisation des personnes qui consomment des drogues ou qui sont dépendantes est très répandue et représente un obstacle important à l'accès aux soins. Elle empêche les gens de se manifester lorsqu'ils ont besoin d'aide et façonne parfois leur expérience avec les prestataires de soins de santé, qui peuvent perpétuer des attitudes discriminatoires.

La douleur de la stigmatisation : savoir reconnaître le problème et ses conséquences *par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS)*

Le racisme, la transphobie, l'homophobie, le sexisme et d'autres formes de discrimination - qu'elles soient implicites ou explicites - limitent davantage l'accessibilité de nombreux services, y compris les programmes de réduction des méfaits. Ainsi, les services de santé mentale ont tendance à avoir les taux d'utilisation les plus faibles parmi les étudiants-es racialisés-es (Lipson et al., 2022 ; Wildey et al., 2024). Le travail de réduction des méfaits étant de plus en plus institutionnalisé, les travailleurs-ses ont tendance à être majoritairement blancs-ches et les programmes ne bénéficient pas de l'apport et de la représentation des diverses communautés. Les programmes dirigés par des pairs qui répondent aux besoins spécifiques de certains groupes (par exemple, les centres d'accueil pour les femmes, les groupes de soutien pour les PANDC) sont un moyen de surmonter ces obstacles.

Recommandations générales pour la réduction des méfaits sur les campus

- Adopter une approche globale du campus lors de l'éducation, de la création de programmes et de la mise en œuvre de politiques liées à la réduction des méfaits.
    - L'éducation et la collaboration ne devraient pas se limiter aux services de santé, mais inclure le personnel des résidences, le personnel des bibliothèques, les concierges, la police du campus, etc. Cela permet de renforcer les capacités.

- Veiller à ce que les pratiques de réduction des méfaits s'appuient sur les pratiques EDIAA, tenant compte des traumatismes et anti-oppressives.
    - Cette approche tient compte de l'intersectionnalité au sein d'une communauté étudiante diverse. Elle s'efforce de faire en sorte que tous-tes les étudiants-es se sentent soutenus-es et continuent de se sentir en sécurité en recherchant des soutiens et en existant sur le campus tels qu'ils et elles sont. Par exemple, promouvoir un langage et des pratiques inclusifs qui ne stigmatisent pas davantage l'étudiant-e ou veiller à prendre en compte les besoins des étudiants-es neurodivergents-es.

- Intégrer les principes de réduction des méfaits à différents niveaux de services et à différentes étapes de la vie étudiante afin de prévenir les méfaits, de soutenir les étudiants-es qui subissent des méfaits et de prendre soin des étudiants-es après des expériences dangereuses.
    - Les différentes périodes peuvent inclure la semaine d'orientation, les périodes d'examen, les vacances et la période suivant l'obtention du diplôme
    - Différents services peuvent être proposés dans le cadre de la promotion de la santé, du soutien par les pairs ou du counseling
    - Adopter une politique du « bon samaritain » qui encourage le signalement des urgences sans crainte de répercussions punitives

- Donner une voix aux étudiants-es et travailler en collaboration pour déterminer les soutiens qu'ils et elles souhaitent (voir notre **trousse d'outils sur l'engagement étudiant** et notre **webinaire sur l'engagement et la co-conception**).

- Utiliser des soutiens basés sur les pairs, en particulier au sein des groupes méritant l'équité qui peuvent se sentir moins à l'aise pour demander un soutien ou faire face à une stigmatisation plus importante

- Utiliser la voix des étudiants-es et des étudiants-es ayant une expérience vécue pour informer les programmes sur le campus et évoluer en permanence grâce à leurs commentaires. Cela permet également d'être informé des tendances actuelles, qu'il s'agisse de la technologie, des médias sociaux ou de la consommation de substances

- Créer des partenariats avec des organisations communautaires et utiliser leurs services pour renforcer les capacités de soutien au corps étudiant

Deuxième partie

Consommation de substances sur les campus

La période de la vie au cours de laquelle une personne commence à consommer des substances ou à adopter un comportement à risque varie, mais de nombreuses personnes commencent à expérimenter notamment au cours de l'école secondaire et des années post-secondaires. Les tendances récentes en matière de consommation de drogues chez les étudiants-es de l'Ontario de la 7e à la 12e année montrent une augmentation de la consommation non médicale d'opioïdes sur ordonnance, qui est passée de 13 % en 2021 à 22 % en 2023 (Boak & Hamilton, 2024). La consommation d'alcool, de nicotine (fumer et vapoter) et de cannabis est assez courante chez les étudiants-es du secondaire, l'âge de la première consommation de ces substances se situant en moyenne autour de 15 ans (Boak & Hamilton, 2024 ; Holligan et al., 2019 ; Stewart et al., 2022). Les étudiants-es sont plus souvent exposés-es à des substances non réglementées quelques années plus tard, lorsqu'ils et elles entrent dans des environnements post-secondaires.

Bien que la plupart des étudiants-es restent relativement en sécurité lorsqu'ils et elles consomment des substances ou adoptent des comportements potentiellement dangereux, il existe néanmoins d'importantes répercussions négatives sur les individus, les campus et les communautés environnantes. Les résultats de l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogue dans les établissements d'enseignement postsecondaire de 2021-2022 fournissent les informations les plus récentes sur les habitudes de consommation des étudiants-es (Santé Canada, 2024).

ALCOOL	CANNABIS	OPIOÏDES, STIMULANTS OU SÉDATIFS
• 45 % des étudiants-es ont déclaré avoir bu beaucoup d'alcool au cours des 30 derniers jours. • Parmi ceux et celles qui ont bu, près de la moitié ont subi au moins un méfait lié à l'alcool au cours du mois écoulé. • 40 % des étudiants-es ont déclaré que leur consommation d'alcool était restée la même depuis le début de la pandémie de COVID-19, tandis que 30 % ont davantage consommé.	• 64 % ont subi des méfaits liés à la consommation de cannabis. • L'alcool est la première substance consommée avec le cannabis parmi les étudiants-es. • La consommation de cannabis a augmenté chez 47 % des étudiants-es avec le début de la pandémie.	• 13 % des étudiants-es ont consommé une substance (analgésique, stimulant, etc.) à haut risque au cours de l'année écoulée. • 12 % ont consommé des substances illégales telles que la cocaïne et l'héroïne. • 2 % des étudiants-es ont fumé quotidiennement. • 8 % ont vapoté quotidiennement.

L'enquête a également révélé que les taux déclarés de consommation globale d'alcool et de cannabis avaient diminué par rapport à 2019-2020. Néanmoins, depuis la pandémie de COVID-19, les étudiants-es ont déclaré consommer davantage d'alcool et de cannabis lorsque leur santé mentale était mauvaise que lorsque leur santé mentale était bonne. En outre, l'Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine a indiqué que la réduction du stress et la curiosité étaient les principales raisons pour lesquelles les jeunes en âge de faire des études postsecondaires utilisaient le vapotage, tandis que ceux et celles qui avaient 25 ans et plus l'utilisaient pour cesser de fumer (Santé Canada, 2023).

Crise d'intoxication médicamenteuse

Depuis 2016, le Canada a connu une augmentation rapide des décès par surdose liés aux opioïdes. Cette crise est due à un approvisionnement en médicaments toxiques et très volatils, non réglementés. La stigmatisation, la criminalisation et le manque d'accès à des soutiens et des services solides ont contribué à la crise. Avec la fermeture prévue de nombreux sites de consommation supervisée dans la province de l'Ontario d'ici le 31 mars 2025, le soutien aux personnes qui consomment des drogues pour qu'elles soient en sécurité et qu'elles aient accès à des soins est une préoccupation supplémentaire (Casey, 2024).

Le nombre de jeunes en Ontario qui meurent d'une surdose augmente rapidement. Chez les 15-24 ans, le nombre de décès liés aux opioïdes a augmenté de 47 % au cours de la première année de la pandémie de COVID-19 et, depuis 2014, les taux de décès liés aux opioïdes chez les adolescents-es et les jeunes adultes de l'Ontario ont triplé (Akbar et al., 2024).

La crise des opioïdes au Canada : ce que vous pouvez faire
par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Substances

L'objectif principal de cette trousse d'outils est d'étendre les principes et les pratiques de réduction des méfaits au-delà de la consommation de substances, étant donné qu'il existe plusieurs excellentes ressources consacrées spécifiquement aux drogues et à l'alcool. Cette section offre un bref aperçu des principales catégories de substances consommées par les étudiants-es et des ressources permettant de réduire les méfaits liés à la consommation de substances.

Il est important de noter qu'il existe des chevauchements entre ces groupes de substances et que les effets ressentis en les combinant seront différents de ceux ressentis lors de la consommation d'un seul type de substance. L'effet de toute drogue psychoactive dépend de l'état d'esprit de la personne qui prend la substance (« état »), de l'environnement dans lequel elle se trouve (« cadre ») et de la dose.

CATÉGORIE	EXEMPLES ET NOMS	EFFETS
Dépresseurs	Alcool (Paton, 2005) GHB Benzodiazépines (par exemple, Xanax, Valium)	• Agissent comme des sédatifs et des anesthésiques légers. • Peuvent produire des sensations de plaisir, de relaxation, de désinhibition, des nausées, des vomissements et/ou une altération des fonctions motrices. • L'alcool est lié à l'agressivité. • Le sevrage peut être fatal et doit faire l'objet d'une surveillance médicale. Les symptômes peuvent inclure des nausées, des tremblements, des vomissements, une irritabilité extrême, de l'anxiété, des hallucinations et des crises d'épilepsie. • Peut contribuer à la dépression respiratoire lorsqu'il est utilisé en combinaison avec d'autres substances (par exemple, les opioïdes).
Cannabinoïdes	Cannabis, y compris l'herbe synthétique, l'herbe, le pot, la marijuana (NIDA, 2024)	• Peut produire des sensations de calme, de faim, de bouche sèche, de légèreté, d'excitation, de léthargie, de somnolence, d'anxiété, de paranoïa. • Les effets intoxicants du cannabis sont associés à un composé appelé tétrahydrocannabinol (THC), tandis que les effets non intoxicants sont associés au cannabidiol (CBD). • Le THC peut provoquer un état d'euphorie qui modifie la perception du temps et affecte la mémoire, la pensée et la motricité. • Les adolescents-es qui consomment du cannabis courent un risque plus élevé de développer des troubles psychotiques (McDonald et al., 2024). • Fumer ou vapoter du cannabis est nocif pour les poumons. • La consommation fréquente et importante de cannabis est liée à des déficits d'attention, de mémoire, d'apprentissage et de langage.

CATÉGORIE	EXEMPLES ET NOMS	EFFETS
Stimulants (ADF, 2024)	Cocaïne Caféine Amphétamines (par exemple, Adderall) Méthamphétamines (par exemple, méthamphétamine en cristaux) Nicotine	• Ont un effet activateur intense sur le cerveau, ce qui rend les gens plus énergiques, plus confiants et plus alertes. • Augmentent l'énergie et les sentiments euphoriques, mais réduisent l'appétit. • Une surdose de stimulants est souvent appelée « overamping » et peut entraîner une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une crise d'épilepsie ou une surchauffe (NHRC, n.d.-b). o Les symptômes physiques peuvent inclure des nausées/vomissements, des tremblements, des grincements de dents, des douleurs thoraciques, des convulsions et une accélération du rythme cardiaque. o Les symptômes psychologiques peuvent inclure l'anxiété, la panique, la paranoïa, les hallucinations, l'agitation extrême et l'agressivité.
Opioïdes (Johns Hopkins Medicine, n.d.)	Héroïne (dope, smack) Fentanyl (fetty, fent) Oxycodone Codéine Morphine Méthadone	• Les effets comprennent le soulagement de la douleur, la relaxation, l'euphorie, la somnolence, les nausées et la constipation. • Les opioïdes suppriment la respiration et peuvent entraîner une surdose, un arrêt respiratoire et la mort. • Selon la personne, une dépendance, une tolérance et un trouble de l'utilisation des opioïdes peuvent se développer, avec des conséquences dangereuses et potentiellement mortelles.
Hallucinogènes/ psychédéliques	Psylocibine (champignons magiques) LSD (acide) DMT MDMA (ecstasy, molly, M)*	• Peuvent contribuer à l'exacerbation des sens, aux hallucinations visuelles ou auditives, à la distorsion des perceptions, à l'euphorie, à la connexion spirituelle, à la perte de coordination, à un comportement inhabituel, à l'anxiété, à la panique, à la psychose. • Ont un potentiel de dépendance plus faible. • La MDMA possède à la fois des propriétés stimulantes et hallucinogènes.

CATÉGORIE	EXEMPLES ET NOMS	EFFETS
Dissociatifs	Kétamine (special K, ket) Oxyde nitreux PCP	• Peuvent produire des sensations de relaxation, d'apesanteur, d'euphorie, de déconnexion, d'engourdissement, d'hallucinations, de panique, de perte de motricité, de perte d'identité. • Les dissociatifs sont considérés comme une classe de drogues psychédéliques.

La roue des drogues *par CATIE*
fournit un résumé visuel des catégories de substances, des exemples et des effets.

RÉFLEXION :
Cette trousse d'outils suscite-t-elle des sentiments ou des attitudes à l'égard de la consommation de substances ou de la réduction des méfaits ? D'où viennent-ils ? Pensez-vous qu'ils puissent contribuer à la stigmatisation ?

Résultats des approches de réduction des méfaits en matière de consommation de substances

En raison de leur caractère hautement politisé, les programmes de réduction des méfaits font l'objet de nombreuses fausses idées et d'un manque de connaissances sur leurs résultats. Les croyances les plus répandues sur la réduction des méfaits sont que ces types de programmes favorisent ou « permettent » la consommation de substances, contribuent au désordre dans la communauté et augmentent les taux de criminalité. Non seulement il est important de rappeler que la réduction des méfaits va du port de la ceinture de sécurité à l'offre de sites de consommation supervisée, mais la recherche démontre également que la réduction des méfaits produit souvent les résultats sociaux et sanitaires les plus positifs, tant pour les personnes qui utilisent les services que pour les communautés dans lesquelles elles vivent. Par exemple :

- Entre 2018 et 2023, les données de la police indiquent une réduction notable des crimes tels que les cambriolages, les introductions par effraction, les vols, les fusillades et les homicides dans les quartiers qui disposaient de sites de consommation supervisée de drogues à Toronto, par rapport aux quartiers qui n'en disposaient pas (Woodward, 2024)

- Le traitement de maintenance à la méthadone a permis d'améliorer le fonctionnement social, de réduire les comportements à risque, d'améliorer la santé physique et mentale et de réduire la mortalité chez les personnes qui consomment des opioïdes (Beirness et al., 2008).

- Les surdoses survenant en public sont 10 fois plus susceptibles d'entraîner une hospitalisation que celles survenant dans des lieux de consommation supervisés. L'hospitalisation est une intervention beaucoup plus coûteuse (Association canadienne pour la santé mentale [ACSM], 2018).

Recommandations

En général, les campus devraient développer une approche globale en matière de consommation de substances qui tente d'intégrer les principes et les pratiques de réduction des méfaits à tous les niveaux de la programmation, des services et de la vie étudiante. Les interventions spécifiques varieront en fonction du lieu et des besoins du corps étudiant, mais elles peuvent être très variées:

- Promouvoir la santé et l'éducation à la prévention, à la déstigmatisation et à la réduction des méfaits liés à la consommation de substances
  - Par exemple, encourager à tester les substances, à ne pas utiliser de substances inconnues, à trouver des moyens d'atténuer les effets et à consommer de manière responsable.
  - Comprendre la nature complexe de la dépendance aux substances et ses chevauchements avec d'autres problèmes de santé mentale.
  - Intégrer la réduction des méfaits dans le programme d'études des étudiants-es des programmes liés au travail de première ligne (Estreet et al., 2017).

- Proposer des programmes et des initiatives accessibles au corps étudiant
  - Accessibles - les étudiants-es sont informés-es et les programmes sont culturellement sûrs et confidentiels.
  - Accès facile aux salles et aux lieux de dégrisement, augmentation des services de transport lors de certains événements tels que la fête des anciens-es étudiants-es, la Saint-Patrick ou Halloween, accès à de l'eau et à des en-cas, et soutien par les pairs.
  - Rendre la naloxone et les produits de réduction des méfaits largement disponibles.

- Encourager une culture de communauté et de sécurité
  - Former les étudiants-es et le personnel à jouer un rôle de spectateur actif, à utiliser la naloxone, à la RCP (réanimation cardio-pulmonaire) et à l'identification des surdoses.
  - La formation à la réponse aux surdoses et à la réduction des méfaits devrait être un élément obligatoire de l'orientation, y compris de l'orientation en résidence.
  - Offrir des moyens sûrs et confidentiels de signaler les cas de surdoses.
  - Fournir des soutiens sans jugement et réduire le langage nuisible entourant la consommation de substances. Une fiche de conseils sur comment être un-e allié-e est disponible **ici**.
  - Investir dans des campagnes de réduction de la stigmatisation menées par des pairs, dans des programmes de soutien, de rétablissement et de réduction des méfaits sur les campus.

Ressources pour promouvoir la réduction des méfaits liés à la consommation de substances

Le matériel pédagogique doit s'adresser aux étudiants-es et les toucher sur les plateformes qu'ils et elles utilisent (par exemple, TikTok, Instagram, Snapchat). Par exemple, **End Overdose** met à disposition ses vidéos de **formation à la naloxone**, de **dépistage des drogues** et d'**intervention en cas de surdose** sur plusieurs plateformes.

D'autres idées d'interventions, de programmes et de stratégies peuvent être trouvées dans les nombreux guides et trousses d'outils de réduction des méfaits pour la consommation de substances élaborés par des universités et des organismes de santé. Il s'agit notamment des guides suivants:

- Les **Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada** et les **Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque** décrivent certaines approches de réduction des méfaits en matière de consommation d'alcool et de cannabis.
- **Harm Reduction : A Guide for Campus Communities** par l'Université de Victoria
- **Safer Drug Use: A Harm Reduction Guide**
- **Douze caractéristiques d'un service de consommation supervisée (SCS) centrés sur les clients-es: Une trousse d'outils pour la conception, la prestation et l'évaluation des services**
- **Les bases de la réduction des méfaits: Une trousse d'outils pour les prestataires de services**
- La National Harm Reduction Coalition, basée aux États-Unis, gère une **bibliothèque de ressources, de trousses d'outils et de matériel de formation** sur l'utilisation plus sûre des drogues.
- **Réduire les méfaits liés à l'usage du cannabis : Un guide pour les campus en Ontario du CISMC**

Webinaires du CISMC :

- **Navigating Substance Use Issues and Recovery Supports in Post-secondary Institutions** (Naviguer dans les questions de consommation de substances et de soutien au rétablissement dans les établissements d'enseignement postsecondaire)
- **Harm Reduction with the Umbrella Project** (Réduction des méfaits avec le projet Umbrella)
- **Managing Alcohol at Campus Events** (Gestion de l'alcool lors d'événements sur le campus)
- **Cannabis Use Guidelines and Recommendations for Ontario's Campuses** (Lignes directrices et recommandations sur la consommation de cannabis pour les campus de l'Ontario)
- **Opioid Overdose Prevention & Harm Reduction** (Prévention des surdoses d'opioïdes et réduction des méfaits)

Pleins feux sur les campus

Le Umbrella Project – Collège Algonquin
Le Umbrella Project vise à aider les étudiants-es à réduire les effets problématiques de consommation et offre des formations, des ateliers, des services de sensibilisation et de soutien au corps étudiant et au personnel, y compris une **trousse d'outils de réduction des méfaits**.

Lancers Recover – Université de Windsor
Lancer's Recover est un programme de mentorat par les pairs qui aide les étudiants-es désireux-ses de se renseigner sur la consommation de substances et la consommation problématique d'alcool ou de chercher à se rétablir. Cela se fait par le biais de réunions hebdomadaires de rétablissement, d'événements sociaux, de sensibilisation de la communauté, et bien plus encore. Vous pouvez également en savoir plus en consultant notre **webinaire du CISMC.**

Service de soutien par les pairs – Université de Toronto
Dans le cadre de leur formation au soutien par les pairs, ces derniers sont formés et sensibilisés aux approches de réduction des méfaits liées à la consommation d'alcool et de drogues.

Salle de dégrisement - Université de Guelph
La salle de dégrisement est un espace ouvert et sans jugement mis à la disposition des étudiants-es pour qu'ils et elles puissent se désintoxiquer après une forte consommation d'alcool, en particulier lors d'événements où il peut y avoir une forte consommation d'alcool (par exemple la fête des anciens-nes étudiants-es, la Saint-Patrick et Halloween). Elle dispose de 6 lits et son personnel est composé de bénévoles, d'infirmières et de travailleurs sociaux spécialisés dans l'aide aux toxicomanes pour soutenir les étudiants-es.

Dépendances comportementales

Les dépendances comportementales sont des dépendances spécifiques à certains comportements ou aux sentiments qui découlent de l'exécution de ces comportements (Alavi et al., 2012). Les critères des dépendances comportementales comprennent l'incapacité permanente à résister à l'impulsion de passer à l'acte, une tension accrue avant le comportement, le sentiment d'un manque de contrôle pendant le comportement et un sentiment de soulagement lorsque l'on adopte le comportement (Goodman, 1990). Les jeux de hasard et d'argent, la sexualité compulsive, l'utilisation d'Internet et les jeux vidéo sont des exemples de dépendances comportementales. Nous décrirons chacune d'entre elles dans cette section.

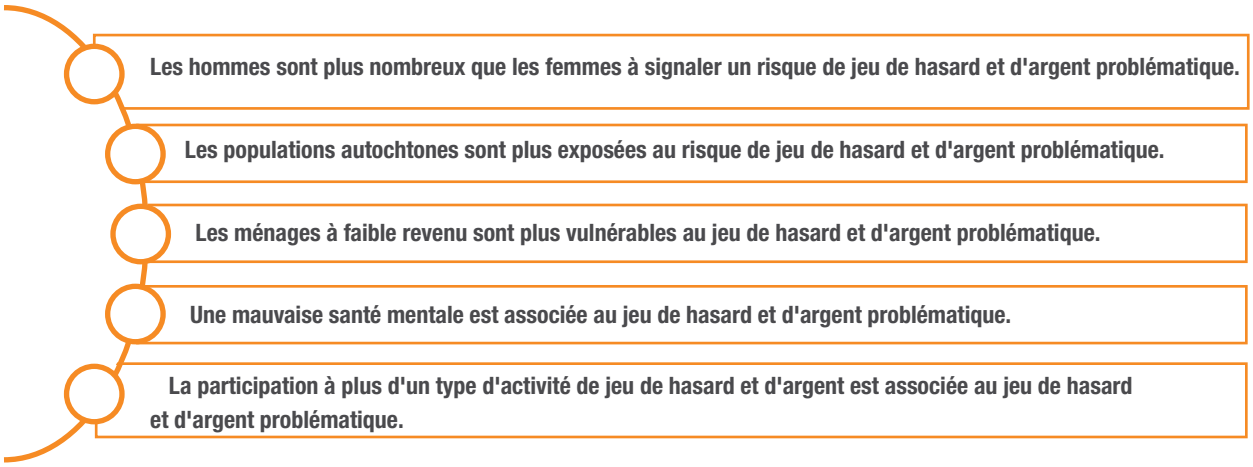
Jeux de hasard et d'argent problématiques

Les jeux de hasard et d'argent sont une forme de divertissement où l'on joue à des paris ou à des loteries pour gagner de l'argent ou d'autres prix. On parle de jeu de hasard et d'argent problématique lorsqu'une personne atteint un stade dans le jeu de hasard et d'argent où les conséquences, qu'elles soient sociales, financières ou psychologiques, affectent négativement la personne et son entourage. Une part importante des méfaits est subie par les personnes qui se situent en dessous du seuil clinique des troubles du jeu de hasard et d'argent (Wardle et al., 2024).

Les jeux de hasard et d'argent peuvent être incorporés dans diverses formes de jeux, notamment les paris sportifs, les loteries, les billets de tombola, le bingo, les machines à sous virtuelles ou en personne et les billets à gratter. Parmi les activités de jeu de hasard et d'argent les plus courantes chez les jeunes et les jeunes adultes figurent les paris sportifs et en ligne, les billets à gratter et les jeux de loterie (Boak & Hamilton, 2024 ; Hollén et al., 2020).

> *« Le jeu de hasard et d'argent chez les étudiants-es peut entraîner des problèmes tels que de mauvaises notes, le suicide, des cours manqués, de la violence physique, de la consommation excessive d'alcool et des problèmes de santé mentale. Le jeu de hasard et d'argent problématique se caractérise par un jeu incontrôlable, destructeur et compulsif ayant des conséquences personnelles, sociales, financières, psychologiques, professionnelles et académiques délétères importantes chez les étudiants-es des collèges » (Kapukotuwa et al., 2023, p. 2).*

D'après les données de 2018, 65 % des Canadiens-nes se sont livrés-es à une forme ou une autre de jeu de hasard ou d'argent au cours de l'année écoulée (Rotermann et Gilmour, 2022). Parmi eux/elles, 1,6 % ont signalé un risque modéré à grave de problèmes liés au jeu de hasard et d'argent. Voici quelques-unes de leurs conclusions:



Bien que des données et des preuves de haute qualité relatives au jeu de hasard et d'argent chez les jeunes ne soient pas systématiquement disponibles, la recherche démontre quelques tendances générales:

- Les personnes de moins de 25 ans ont un taux de jeu problématique plus élevé que les personnes plus âgées (CAMH, n.d.-b).
- La prévalence estimée du jeu problématique au cours de la vie chez les étudiants-es des collèges est d'environ 5 % (Kapukotuwa et al., 2023 ; Nowak, 2018).
- Une grande majorité des personnes souffrant de dépendance au jeu sont des hommes, et la plupart d'entre eux souffrent également d'autres troubles mentaux (Erbas & Buchner, 2012).
- Un accès plus large à des formes légalisées de jeux de hasard et d'argent telles que les paris sportifs et les jeux d'argent en ligne augmente sa prévalence. La proximité de casinos augmente de même la prévalence du jeu de hasard et d'argent (Adams et al., 2007 ; Kapukotuwa et al., 2023).
- Le statut d'étudiant athlète s'avère être un facteur prédictif de jeu problématique (Marcinkevics, 2020).
- Les antécédents parentaux ou familiaux de jeu problématique augmentent le risque (Nower et al., 2022).
- Le jeu de hasard et d'argent en ligne peut induire un comportement de prise de risque plus élevé et un jeu problématique (Mcbride & Derevensky, 2012).
- Le fait que les étudiants-es perçoivent les bénéfices des jeux de hasard et d'argent est un facteur prédictif du jeu problématique (Wickwire et al., 2007).
- Le jeu problématique récent est plus élevé chez les étudiants-es qui consomment des stimulants (Geisner et al., 2016).
- Il existe un risque plus élevé chez les étudiants-es internationaux-ales, en particulier chez les hommes (Thomas et al., 2012).
- Au sein des établissements de niveau postsecondaire, discuter des jeux de hasard et d'argent avec les étudiants-es est une priorité moindre par rapport à la discussion générale sur les méfaits et sur les meilleures pratiques associées à la consommation d'alcool et de substances. Seul un tiers des universités canadiennes disposaient de politiques relatives aux jeux de hasard et d'argent, selon une enquête réalisée en 2018 (Marchica et al., 2018).

Malgré les méfaits potentiels, le jeu de hasard et d'argent est souvent considéré comme une activité sociale occasionnelle et l'implication d'une personne peut être très variable. Le diagramme ci-dessous décrit le spectre des comportements de jeu de hasard et d'argent.

- **AUCUN JEU:** Cette personne ne participe pas à des jeux de hasard et d'argent.
- **JEU SOCIAL OCCASIONNEL:** La plupart des gens entrent dans cette catégorie, où ils participent occasionnellement à des jeux de hasard d'argent pour se divertir (casinos, billets de loterie, tirages au sort).
- **JEU SOCIAL SÉRIEUX:** Les personnes qui entrent dans cette catégorie considèrent le jeu de hasard et d'argent comme leur principale forme de divertissement et s'y adonnent pendant une grande partie de leur temps libre.
- **IMPLICATION NUISIBLE:** Ces personnes subissent des conséquences dans de nombreux domaines de leur vie (par exemple, financier, relationnel, professionnel) en raison de leur pratique du jeu de hasard et d'argent.
- **JEU PROBLÉMATIQUE:** Ces personnes subissent des méfaits dans tous les domaines de leur vie à cause du jeu et sont incapables de contrôler leur désir de jouer, quelles que soient les conséquences négatives.

Les personnes peuvent présenter de nombreux signes différents de jeu problématique (CAMH, 2022). Dans les situations extrêmes, le jeu de hasard et d'argent peut mener à la faillite, à des problèmes juridiques, à la perte d'un emploi, à l'absentéisme scolaire et au décrochage, ainsi qu'au suicide. Les autres signes qui précèdent ces résultats comprennent généralement:

- Le fait de jouer des sommes de plus en plus importantes et de passer de plus en plus de temps à jouer.
- Arrêter de faire des choses qu'ils et elles aimaient auparavant.
- Donner la priorité au jeu par rapport à la vie sociale, à la famille, à l'école, au travail et aux soins personnels.
- Modification des habitudes de sommeil, d'alimentation ou de sexualité.
- Avoir des conflits avec d'autres personnes à propos de l'argent.
- Consommer plus souvent de l'alcool ou d'autres drogues.
- Jouer sans se soucier des conséquences négatives.
- Diminution de l'humeur et comportement irritable lorsqu'on essaie d'arrêter.
- Penser constamment au jeu.

RÉFLEXION : Votre établissement de niveau postsecondaire dispose-t-il de politiques spécifiques relatives aux jeux de hasard et d'argent et au soutien des étudiants-es qui s'y adonnent ?

Réduction des méfaits et jeux de hasard et d'argent

Les stratégies de réduction des méfaits ont été plus couramment mises en œuvre et étudiées dans les environnements de jeu terrestre (par exemple, les casinos) (Marionneau et al., 2023). Une enquête menée auprès de plus de 4 000 étudiants-es américains-nes a montré que les pratiques de réduction des méfaits protégeaient les hommes, car ils présentaient des scores plus faibles en matière de jeu problématique et dépensaient moins d'argent en général (Lostutter et al., 2014). Il a également été démontré que l'autodétermination réduisait fortement les comportements de jeu problématiques chez les étudiants-es (Neighbors & Larimer, 2004).

Élaborées par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), les lignes directrices sur les habitudes de jeu à moindre risque visent à minimiser les méfaits associés au jeu (CCDUS, 2021). Ces lignes directrices doivent être considérées de manière holistique, plutôt que comme des recommandations distinctes, et peuvent être utilisées avec les étudiants-es pour établir des objectifs.

LIGNE DIRECTRICE 1 **Montant d'argent**

Jouer une somme d'argent équivalente ou inférieure à 1 % des revenus du ménage, par mois.

LIGNE DIRECTRICE 2 **Fréquence de jeu**

Ne pas jouer plus de 4 jours par mois.

LIGNE DIRECTRICE 3 **Formes de jeux**

Jouer à un maximum de 2 formes de jeux de hasard et d'argent.

Les autres recommandations sont les suivantes :

- Sensibiliser et éduquer les étudiants-es aux signes précurseurs du jeu problématique, à l'éducation financière, aux alternatives de jeu plus sûres, et aux soutiens sans jugement
- Sensibiliser les étudiants-es à la manière dont les jeux de hasard d'argent en ligne sont commercialisés pour inciter à jouer, que ce soit par le langage (« Montez en niveau ! »), la promesse d'une grande fortune et/ou des images colorées
- Organiser des événements qui détournent l'attention des activités de divertissement qui impliquent de gagner de l'argent (sports, arts, rencontres sociales, etc.)
- Proposer de manière proactive des services de soutien professionnel visant spécifiquement à lutter contre le jeu chez les étudiants-es, plutôt que d'y penser après coup

Ressources

Pour en savoir plus sur les lignes directrices : ***Lignes directrices sur les habitudes de jeux à moindre risque***

Le jeu chez les jeunes adultes *par le Conseil du jeu responsable (CJR) présente les risques spécifiques aux jeunes adultes, des ressources utiles, des jeux et des questionnaires pour éduquer les jeunes sur les jeux de hasard et d'argent.*

Accédez à un exemple de feuille de travail « ***Gambling Harm Reduction Recovery Plan*** *»*
(Plan de rétablissement pour la réduction des méfaits liés au jeu)

Accédez à d'autres ressources sur les jeux de hasard et d'argent du CISMC ici :

- ***Les jeux de hasard et les jeux vidéo : un problème méconnu ?***
- ***Gambling and Gaming on Campus: A Hidden Problem? - Webinar***
- ***Problem Gambling in Post-Secondary - Webinar***
- ***Gambling within Post-Secondary Institutions - Webinar***
- ***Cannabis and Gambling Addiction Awareness - Podcast***

Comportement d'achat compulsif

On parle de comportement d'achat compulsif (CAC) lorsqu'une personne se livre à des achats excessifs et répétitifs d'articles qui, la plupart du temps, ne sont pas utilisés, et qui entraînent généralement des conséquences financières importantes. Les acheteurs-ses compulsifs-ves ressentent un besoin avant et au moment de l'achat, mais sont régulièrement déçus-es par ce qu'ils et elles achètent (Weinstein et al., 2016). Le CAC est fortement corrélé aux traumatismes et aux abus subis pendant l'enfance et est souvent motivé par des sentiments de faible estime de soi, de solitude, de dépression ou d'anxiété (Elbarazi, 2023 ; Richardson et al., 2024). Selon certaines estimations, 80 à 95 % des personnes touchées sont des femmes (Black, 2001). Les études montrent que les jeunes adultes, dans la tranche d'âge post-secondaire, ont des taux de prévalence plus élevés de CAC, et avec la disponibilité généralisée des achats en ligne, la livraison à domicile et la glamourisation de la surconsommation, l'achat compulsif peut être difficile à identifier (Maraz et al., 2016).

Les personnes aux prises avec un comportement d'achat compulsif sont probablement aux prises avec des problèmes de santé mentale concomitants (Black, 2001). Il peut s'agir de:

- dépression
- anxiété
- trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)
- trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- trouble de la personnalité limite (TPL)
- troubles liés à la consommation de substances
- troubles de conduites alimentaires

En général, pour que l'achat compulsif devienne un problème clinique, il doit y avoir un dysfonctionnement personnel ou une détresse dans la vie sociale, financière et professionnelle de l'individu en raison de ses comportements d'achat. Le dysfonctionnement est moins lié à l'impact des articles eux-mêmes (bien que la thésaurisation soit un trouble concomitant important à connaître) qu'au fort désir d'acheter, à la pression financière associée et à la difficulté de contrôler ces actions en dépit de leur impact. Les tentatives de suppression ou de contrôle de l'envie d'acheter de manière compulsive peuvent produire des émotions fortes qui contribuent encore plus à la détresse de la personne. Inversement, l'achat d'articles peut encore susciter des sentiments négatifs tels que la colère, l'auto-accusation, la honte, la culpabilité et l'embarras, laissant ainsi la personne enfermée dans un cycle destructeur (Elbarazi, 2023).

Les signes du CAC sont les suivants (Koran et al., 2006 ; Weinstein et al., 2016):

- des envies répétitives, irrésistibles et oppressantes d'acheter des biens qui sont souvent inutiles et/ou inutilisés
- faire des achats pendant des périodes plus longues que nécessaire
- pulsions d'achat en réponse à des émotions négatives, difficiles ou intenses
- tendance à dissimuler ses achats

Le soutien aux étudiants-es qui luttent contre le CAC devrait impliquer, dans la mesure du possible, des prestataires de santé mentale clinique. Bien que les données probantes soient peu nombreuses et peu concluantes en ce qui concerne les interventions psychothérapeutiques ou pharmacologiques fondées sur des données probantes, la **thérapie de groupe** est un service de soutien prometteur (Hague et al., 2016 ; Lourenço Leite et al., 2014). D'autres stratégies individuelles utiles pour réduire les méfaits des achats compulsifs peuvent inclure (Thomas et al., 2024):

- fixer une limite hebdomadaire ou quotidienne aux dépenses
- n'acheter qu'avec des montants limités d'argent liquide
- laisser les cartes de crédit et de débit à la maison
- réduire les options « acheter maintenant, payer plus tard »
- développer une culture financière sur des sujets tels que la gestion des cartes de crédit, l'établissement d'un budget et l'épargne
- suivre l'évolution de ses finances ou rencontrer un-e conseiller-ère financier-ière pour suivre ses habitudes de dépenses
- réduire l'exposition aux médias qui peuvent montrer la surconsommation ou les publicités (par exemple, expériences de magasinage sur les médias sociaux, les courriels de promotion).
- trouver d'autres activités que le magasinage lorsque l'on ressent des émotions négatives
- reconnaître les déclencheurs et les émotions qui conduisent à des achats impulsifs, en particulier pendant le temps des Fêtes
- développer des stratégies de régulation des émotions (par exemple, la pleine conscience)

Les jeunes ont besoin d'un soutien spécialisé en matière d'achats compulsifs, car à l'heure actuelle, le principal soutien dans ce domaine peut être un-e professionnel-le de la santé mentale ou un-e conseiller-ère financier-ière.

Pleins feux sur le campus

Dr Sunghwan Yi, professeur à l'université de Guelph qui étudie les achats compulsifs, utilise ses travaux pour créer des outils tels que des auto-évaluations en ligne dans l'espoir d'aider les gens à identifier leurs habitudes d'achat ainsi que les signes précurseurs d'une perte de contrôle de leurs habitudes d'achat. Pour en savoir plus sur ses travaux, cliquez **ici**.

RÉFLEXION :
Comment la culture, le statut socio-économique et/ou l'éducation peuvent-ils influencer la susceptibilité des étudiants-es à l'achat compulsif ?

Utilisation problématique d'Internet (jeux, médias sociaux)

L'utilisation de la technologie (ou d'Internet) est aujourd'hui très répandue et les enfants y sont initiés à un âge de plus en plus précoce. Près de 36 % des jeunes de l'Ontario de la 7e à la 12e année utilisent leur téléphone portable pendant plus de 5 heures par jour et près de 20 % d'entre eux présentent des symptômes correspondant à un usage problématique modéré à grave de la technologie (Margetson et al., 2024). La pandémie de COVID-19 a influencé l'augmentation de l'utilisation de la technologie chez les étudiants-es de niveau postsecondaire, et donc l'augmentation d'une utilisation problématique (Gómez-Galán, 2021).

La prévalence de l'utilisation problématique du téléphone portable et d'Internet chez les étudiants-es de l'enseignement supérieur varie, mais l'utilisation compulsive s'est révélée associée à la dépression, à l'anxiété, à une mauvaise qualité du sommeil, à des douleurs et des tensions dans le corps, et à un impact sur les résultats académiques (Candussi et al., 2023, Kil et al., 2021, Sánchez-Fernández et al., 2022). L'utilisation problématique d'Internet peut varier en fonction des activités auxquelles les étudiants-es participent, mais elle a été largement associée à la navigation générale, aux jeux, aux médias sociaux, au magasinage en ligne et à la pornographie.

Les facteurs prédictifs d'une utilisation problématique d'Internet sont les suivants:

- modes d'utilisation
- mode de vie
- facteurs psychologiques

Les facteurs de risque chez les jeunes sont les suivants (Sánchez-Fernández et al, 2022, Skues et al, 2015):

- augmentation du temps passé en ligne
- jeux en ligne
- affect négatif
- stress de la vie
- solitude
- impulsivité
- mauvaise qualité du sommeil
- dépression
- TDAH
- consommation d'alcool et de drogues
- problèmes cognitifs

RÉFLEXION : Comment les campus peuvent-ils offrir aux étudiants-es des occasions et des espaces pour se déconnecter d'Internet ou de la technologie ?

Des recommandations sur la gestion de l'utilisation de la technologie et de l'Internet sont présentées ci-dessous.

Ressources

- *Vidéo sur **l'utilisation problématique de la technologie** par le CAMH*
- ***Fiche d'information sur la dépendance aux médias sociaux et aux téléphones cellulaires** par le CISMC*

Comportement sexuel compulsif

On parle de comportement sexuel compulsif (CSC) (anciennement connu sous le nom d'hypersexualité, de dépendance sexuelle et de comportement sexuel incontrôlé) lorsqu'une personne éprouve des impulsions ou des pulsions sexuelles qui sont répétitives, difficiles à contrôler en intensité et qui entraînent une déficience ou une détresse dans différents domaines de la vie (personnel, professionnel, social ou familial) (Marchetti, 2023). Une distinction importante est que la détresse est moins mesurée par l'expérience émotionnelle potentielle de la honte, mais plutôt par l'intensité des pulsions et le fait qu'elles entravent la vie quotidienne.

Le CSC commence généralement à se développer à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (pendant la période post-secondaire). Aux États-Unis, le taux de prévalence au cours de la vie se situe entre 3 et 6 % (Kuzma & Black, 2008) ; toutefois, il n'y a pas suffisamment d'études menées sur ce sujet pour déterminer la véritable prévalence. En outre, la nature taboue du sujet fait que moins de personnes s'expriment sur les comportements susceptibles de correspondre au CSC. Pour satisfaire leurs besoins, les personnes souffrant de CSC se tournent le plus souvent vers la masturbation, la pornographie, le cybersexe, les bars de danseuses et les relations sexuelles avec divers partenaires (anonymes ou non) (Derbyshire & Grant, 2015).

Les principales caractéristiques du CSC sont les suivantes :

- activité sexuelle fréquente et poursuite malgré les effets négatifs
- sentiment que le comportement et les pensées sexuelles sont incontrôlables
- détresse due à des conséquences sanitaires (p. ex. maladie sexuellement transmissible, grossesse non désirée, santé mentale), financières, professionnelles et/ou sociales

---

Il est important de noter qu'une libido élevée n'est pas un indicateur définitif de CSC. La pulsion sexuelle est comparable au sommeil et à l'appétit : c'est un élément naturel de la vie et de l'existence. En particulier dans l'enseignement post-secondaire, les étudiants-es entrent dans une période où ils et elles peuvent expérimenter leur sexualité et les raisons qui les poussent à le faire peuvent varier.

Les raisons qui poussent un individu à se livrer à un CSC peuvent être variées et tout « signe » doit être évalué de manière holistique, en relation avec les expériences de vie uniques de l'individu. Par exemple, divers degrés d'impulsivité et d'augmentation des comportements sexuels peuvent être associés à la consommation de substances, à des épisodes maniaques, à des conditions médicales telles que des tumeurs cérébrales, ainsi qu'à des médicaments qui augmentent la dopamine (Fong, 2006).

Les personnes qui sont aux prises avec un CSC sont également susceptibles d'être aux prises avec des troubles liés à la toxicomanie, à l'anxiété, à l'humeur ou à des troubles obsessionnels compulsifs (Ballester-Arnal et al., 2020). Les abus sexuels durant l'enfance peuvent également constituer un facteur de risque (Slavin et al., 2020).

Voici quelques moyens de soutenir les étudiants-es qui rencontrent des difficultés avec un CSC:

- éducation sur le consentement et les pratiques sexuelles sûres telles que l'utilisation de préservatifs, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les pratiques qui minimisent les infections des voies urinaires (IVU) et les options en matière de contraception
- allouer un temps limité à la consommation de pornographie ou à la masturbation afin d'en réduire la fréquence
- allouer un budget en cas de visites fréquentes dans des bars de danseuses, d'abonnements à des sites web à caractère sexuel ou d'accès à des travailleurs-ses du sexe (en personne ou virtuellement)
- créer des routines et des liens sociaux avec des pairs, des amis-es et des membres de la famille pour s'assurer un soutien
- tenir un journal ou suivre le CSC afin d'en comprendre les déclencheurs, la fréquence et les circonstances
- réduire au minimum la consommation de substances ou d'alcool
- soutiens psychosociaux pour fournir une structure, une responsabilisation et une communauté

RÉFLEXION : De quelle manière pouvez-vous montrer aux étudiants-es que vous êtes une personne sûre et sans jugement à qui parler de sujets tels que le sexe et la pornographie? Quelles sont vos limites? (En termes de soutien, de sujets abordés ou de niveau de confort).

Ressources

- ***Sex and Love Addicts Anonymous Ontario***
- ***Sex Addicts Anonymous***
- ***Association of Sex Therapy in Ontario***
- ***Hypersexuality Community Resources*** *by CAMH*
- ***Fiche d'information du CISMC sur l'utilisation problématique de la pornographie, pour les étudiants-es***

Santé sexuelle et travail du sexe

La période postsecondaire peut comporter de nombreux jalons, questions et défis liés à la santé et à l'identité sexuelles. Cette période peut également être synonyme d'expérimentation et d'exploration à mesure que les étudiants-es trouvent leur indépendance et s'immergent dans la culture du campus. Par conséquent, il s'agit également d'une période à haut risque.

La pandémie de la COVID-19, ainsi que la légalisation du cannabis, ont modifié les résultats en matière de santé sexuelle et la manière dont les services sont accessibles. Les données de l'Agence de santé publique du Canada (2024b) montrent une augmentation de 25 % des premiers diagnostics de VIH en 2022 par rapport à l'année précédente. Dans une enquête nationale menée en 2024 auprès de Canadiens-nes âgés-es de 18 à 24 ans, 24 % des participants-es ont déclaré utiliser des préservatifs « tout le temps », contre 53 % qui ont déclaré toujours utiliser des préservatifs en 2020 (Alberga, 2024). Si certaines données indiquent que les taux de consommation excessive d'alcool et d'activité sexuelle en même temps que la consommation de substances sont restés stables entre 2012 et 2021, la consommation de cannabis pendant les rapports sexuels a augmenté (Cano et al., 2023). La consommation de cannabis pendant les rapports sexuels est un facteur de risque de contracter une infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Haghir et al., 2018). Outre les ITSS, les risques liés au comportement et à la santé sexuels comprennent le travail sexuel à risque, les grossesses non désirées et les comportements compulsifs.

La plupart des établissements de niveau postsecondaire tentent de fournir des ressources et une éducation pour soutenir les étudiants-es pendant cette période, en particulier lorsque les étudiants-es passent de l'école secondaire à l'enseignement postsecondaire. Cela inclut l'éducation sexuelle, l'accès aux contraceptifs et les conversations sur les rapports sexuels protégés et le consentement, qui font tous partie des stratégies de réduction des méfaits (Sansone et al., 2022). Cependant, il reste du travail à faire, notamment pour aborder des sujets qui peuvent être considérés comme tabous.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Les ITSS sont des infections transmises par les fluides corporels lors d'une activité sexuelle ou par contact avec du sang infecté. Ces infections comprennent la chlamydia, la gonorrhée, l'herpès, les infections vaginales, le papillomavirus humain (HPV), le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), etc.

Il est important que les étudiants-es comprennent non seulement les symptômes de ces infections, mais aussi le processus de transmission, les phases de latence et la manière dont les diagnostics sont posés (Cassidy et al., 2015). Selon une étude canadienne, la probabilité de contracter une ITSS augmente lorsque l'on a eu 4 partenaires sexuels ou plus, que l'on a consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, que l'on a des relations sexuelles anales et que l'on n'a jamais subi de test de dépistage du VIH (Haghir et al., 2018).

Recommandations

Outre les services de santé sexuelle, les programmes d'éducation et de sensibilisation liés à ces sujets, qui comprennent la promotion de pratiques sexuelles sûres, sont importants pour atténuer ces risques. Les campus peuvent notamment prendre les mesures suivantes:

- faciliter l'accès aux informations sur les tests de dépistage des ITSS et les rendre facilement accessibles
- fournir un accès facile à des produits pour des rapports sexuels protégés (par exemple, des préservatifs, du lubrifiant, des digues dentaires)
- favoriser un dialogue ouvert et sans jugement sur la santé sexuelle avec le corps étudiant
- comprendre les barrières culturelles et les tabous liés à la santé sexuelle et mettre en place des services culturellement adaptés
- aborder la stigmatisation et la nature taboue de certains sujets (par exemple, le travail du sexe, la consommation de pornographie)
- adopter une perspective de réduction des méfaits et de sexualité positive pour l'éducation à la santé sexuelle, qui considère qu'une sexualité saine se situe entre le « plaisir sans limites » et la « sécurité sexuelle restreinte » (Naisteter & Sitron, 2010).
- soutenir les programmes d'éducation et de soutien par les pairs (par exemple, pour augmenter l'utilisation des préservatifs et le dépistage du VIH).

Ressources

- ***Comment discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS*** *par l'Association canadienne de santé publique*
- ***Best Practices for Sexual Health Promotion and Clinical Care in College Health Settings*** *par l'American College Health Association*
- ***PRIM3D: un guide de santé sexuelle pour les hommes trans queer et les personnes transmasculines et non binaires*** *par PRIM3D*
- ***Tips for Communicating about Sexual Health*** *par l'American Sexual Health Association*

Travail du sexe

Les données sur le nombre d'étudiants-es de l'enseignement postsecondaire qui s'adonnent au travail du sexe sont limitées. Ce qui est clair, c'est qu'il s'agit d'une réalité sur les campus. Au niveau international, on estime qu'entre 2 et 7 % des étudiants-es s'adonnent à une forme ou une autre de travail sexuel, principalement pour des raisons financières et parce qu'il offre une certaine flexibilité (Ernst et al., 2021). Toutefois, le travail du sexe peut être dangereux si les étudiants-es n'ont pas beaucoup d'autres options pour subvenir à leurs besoins financiers (ce que l'on appelle le « sexe de survie »). L'endettement des étudiants-es peut jouer un rôle important dans le maintien de cette pression. Les étudiants-es sont également exposés-es au risque d'exploitation et de traite lorsqu'ils et elles entrent dans l'industrie du sexe, en particulier les étudiants-es internationaux-ales (Brown & Buckner, 2021). D'autres groupes démographiques surreprésentés dans le travail du sexe sont les personnes 2SLGBTQIA+ et les Autochtones (Benoit & Shumka, 2021 ; CPHA, 2014).

Les risques spécifiques du travail du sexe peuvent inclure:

- transmission d'ITSS
- grossesse non désirée
- trafic d'êtres humains
- harcèlement
- violence fondée sur le genre
- criminalisation

Les étudiants-es peuvent avoir du mal à dévoiler qu'ils et elles pratiquent le travail du sexe en raison de la stigmatisation et de la discrimination. Dans le cadre d'une approche de réduction des méfaits, il est important d'inclure le travail de sexe des étudiants-es dans la conception et la fourniture des services.

Recommandations

Comme pour d'autres comportements potentiellement à risque et pour la consommation de substances, l'aide aux étudiants-es doit moins se concentrer sur ce que fait l'étudiant-e et plus sur les raisons qui le ou la poussent à le faire. Il est essentiel d'éduquer les étudiants-es sur les risques associés au travail du sexe et de leur donner accès à des services de réduction des méfaits (Rekart, 2005).

Il est essentiel que la conversation et le soutien soient exempts de jugement et d'idéologie, que l'accent soit mis sur les besoins de l'étudiant-e, et que celui-ci ou celle-ci ne soit pas détourné-e de ses choix.

Travail du sexe et discours sur la réduction des méfaits : document de réflexion *propose des discussions nuancées sur la question de savoir si la réduction des méfaits est le cadre approprié pour le travail du sexe. Il s'agit d'une excellente ressource pour toute personne souhaitant comprendre la position des organisations du travail du sexe par rapport aux cadres de réduction des méfaits.*

Voici quelques pratiques de réduction des méfaits associées au travail du sexe (Rekart, 2005):

- travailler avec des personnes de confiance ou avec des amis-es
- utiliser la contraception et d'autres pratiques sexuelles sûres avec diligence et ne pas compter sur les clients pour fournir des préservatifs, du lubrifiant, etc.
- apprendre l'autodéfense, en sachant par exemple quelles parties du corps attaquer
- garantir l'anonymat dans les environnements virtuels ou en personne en s'assurant qu'aucune information permettant d'identification n'est disponible lors de l'offre de services
- s'en tenir à un prix et à une durée de service déterminés
- porter des chaussures confortables et adaptées à la course
- filtrer, chaque fois que possible, le nom, les références et d'autres informations du client

Vous trouverez plus d'informations sur ces stratégies dans les ressources ci-dessous, ainsi que des moyens de soutenir les étudiants-es en ce qui concerne le travail du sexe en particulier.

Ressources

- ***Sex Work Harm Reduction*** *by Michael L. Rekart*
- ***Educating Universities: Understanding and Responding to Student Sex Workers*** *by Gaynor Trueman, Teela Sanders and Jessica Hyer Griffin*
- ***Sex Work Support and Resources*** *by George Brown College*
- ***Sex Work Resources and Guides*** *by Maggie's Toronto*

Automutilation

Automutilation non suicidaire (ANS)

Le comportement d'automutilation est désigné cliniquement par le terme d' « automutilation non suicidaire », qui sera utilisé de manière interchangeable avec le terme « automutilation » dans cette section. Il est défini comme « le fait de se couper, de se brûler, de se frapper, de se frotter ou d'infliger des dommages aux tissus corporels de manière répétée pour des raisons non approuvées par la société, mais pas dans le cadre d'une tentative de suicide et ne comprend pas les manipulations corporelles (telles que les perçages ou les tatouages) » (Guerdjikova et al., 2014, p. 326).

L'automutilation est une stratégie d'adaptation inadaptée, souvent utilisée pour réguler des émotions pénibles, comme forme d'autopunition ou comme moyen de résister à une tentative de suicide potentielle (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Bien que les étudiants-es puissent adopter des comportements d'automutilation sans intention suicidaire, il convient de noter que ces comportements peuvent indiquer un risque de suicide, qui doit être évalué de manière approfondie par un-e professionnel-le de la santé mentale qualifié-e.

RÉFLEXION : Avez-vous des idées préconçues sur l'automutilation? Comment certaines pratiques d'automutilation peuvent-elles passer inaperçues ?

Les conclusions des études suivantes peuvent être prises en considération pour soutenir les étudiants-es en cas d'automutilation:

- L'automutilation est plus fréquente chez les étudiants-es 2SLGBTQIA+ que chez leurs pairs-es cisgenres et hétérosexuels-les (Reddy et al., 2016).
    - Cette disparité peut être expliquée par la **théorie du stress des minorités**, qui postule que les inégalités de santé subies par les membres des minorités sexuelles sont en partie dues à un excès de stress sous la forme de stigmatisation et de honte intériorisée, à l'attente d'événements discriminatoires et à l'oppression structurelle. Certains-es réagissent à ces conditions en recourant à l'ANS comme stratégie d'adaptation (Reddy et al., 2016).
- L'ANS présente également des niveaux élevés de comorbidité avec d'autres troubles et diagnostics de santé mentale (Baetens et al., 2024).
- On estime à 23 % le taux de prévalence de l'ANS au cours de la vie chez les étudiants-es de l'enseignement postsecondaire (Swannell et al., 2014).
- Les individus peuvent éviter de demander de l'aide en raison de la stigmatisation sociale, de la crainte que le comportement soit interprété comme une tentative de suicide et conduise donc à une hospitalisation, ou de l'inquiétude suscitée par d'éventuelles réactions de peur de la part d'autres personnes telles que les amis-es et la famille (Hasking et al., 2015).

Réduction des méfaits et automutilation

L'approche de la réduction des méfaits face à l'ANS n'est pas une approbation ou un encouragement à l'automutilation. Elle accepte plutôt la difficile réalité que certaines personnes s'automutilent et qu'il existe des moyens de minimiser les risques auxquels elles sont confrontées, tout en les aidant à résoudre la détresse sous-jacente qui est à l'origine de leur comportement. Les objectifs de la réduction des méfaits liés à l'automutilation sont les suivants (Self Injury Support [SIS], n.d.-b):

- se préparer à l'automutilation, par exemple en ayant à sa disposition des instruments propres et du matériel de premiers secours
- essayer de ralentir le processus pour avoir le plus de contrôle possible
- réfléchir à la plaie ou aux autres soins qui pourraient être nécessaires par la suite
- essayer de maintenir des limites qui peuvent être gérées soi-même en toute sécurité

Les stratégies de réduction des méfaits sont souvent utilisées dans le cadre d'une approche de l'ANS centrée sur le/la client-e, car ces tactiques peuvent protéger le/la client-e contre les tentatives de suicide ou être utilisées pour s'adapter à une dysrégulation émotionnelle importante ou à une crise (Inckle, 2011 ; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Bien qu'il y ait peu d'études portant directement sur la réduction des méfaits appliquée aux comportements de l'ANS, elle est souvent utilisée en conjonction avec d'autres outils thérapeutiques pour « rencontrer l'individu là où il en est » dans son rétablissement (Guerdjikova et al., 2014 ; Inckle, 2011). Bien que l'objectif d'un traitement clinique soit probablement d'arrêter complètement l'automutilation, il est important de reconnaître que de nombreuses personnes ne se sentent pas prêtes à supprimer un mécanisme d'adaptation qui s'est avéré efficace pour elles, et que de plus petites étapes peuvent être nécessaires pour progresser vers leurs objectifs.

Pour soutenir une personne qui s'automutile, il est essentiel de comprendre la fonctionnalité des comportements d'automutilation pour cette personne (Guerdjikova et al., 2014 ; McKenzie & Gross, 2014). L'élaboration d'un répertoire d'alternatives à l'automutilation, l'amélioration des capacités d'adaptation et une thérapie spécialisée axée sur la régulation émotionnelle et la tolérance à la détresse sont des interventions importantes à proposer. Les alternatives à l'automutilation fondées sur la réduction des méfaits peuvent inclure (SIS, n.d.-b):

- retarder l'automutilation en prenant conscience des éléments déclencheurs
- créer un « espace sûr » sans outils d'automutilation où aller/s'asseoir lorsque l'envie se fait sentir
- conserver les outils d'automutilation dans des endroits difficiles d'accès
    - Par exemple, **l'outil** de la « règle des 15 minutes » permet de retarder et de réduire l'automutilation
- prendre conscience de la manière dont l'automutilation se produit et de l'endroit où elle se produit afin de réduire les risques
    - De petites étapes peuvent consister à utiliser du matériel propre, à réduire la durée de la blessure, à réduire la taille de la blessure ou à éviter les principaux vaisseaux sanguins et les artères.

- se distraire ou déplacer l'envie de s'automutiler, par exemple en tenant un glaçon dans la main ou sur le poignet (SIS, n.d.-a)

La réduction des méfaits doit également inclure la planification des soins ultérieurs, y compris la recherche d'une assistance médicale si la blessure est importante. Si un-e étudiant-e se présente à un rendez-vous de santé mentale avec des blessures importantes, il ou elle doit être dirigé-e vers la ressource appropriée pour le triage et les soins médicaux (par exemple, les services de santé des étudiants-es, le service des urgences).

Recommandations

- ✔ Mettre à la disposition des étudiants-es des informations sur les ressources de crise, les soins d'urgence locaux ou les services d'urgence s'ils et elles ont besoin d'un soutien en dehors des heures de bureau.
    - Cela est particulièrement important pour les étudiants-es en position de leadership, ainsi que pour les programmes de soutien par les pairs, où d'autres étudiants-es peuvent être le premier point de dévoilement de l'ANS (Baetens et al., 2024).
- ✔ Fournir une formation complète sur la manière de réagir aux dévoilements d'automutilation pour éviter la stigmatisation sociale, encourager des relations compatissantes avec les pairs, prendre conscience de la portée et des limites du soutien afin d'orienter les étudiants-es vers les ressources les plus appropriées et les plus efficaces (par exemple, la mise en place de lignes d'écoute téléphonique locales et nationales, qui peuvent être mises à la disposition des étudiants-es s'ils et elles ont besoin d'un soutien en dehors des heures de bureau).
- ✔ Les campus devraient investir dans des groupes et des campagnes dirigés par des pairs, mais soutenus par des professionnels-les (Abou Seif et al., 2022).
- ✔ Le personnel et le corps enseignant devraient être équipés pour réagir avec compassion, valider l'expérience de l'étudiant-e et s'enquérir de son bien-être général et de son réseau de soutien (Baetens et al., 2024).
- ✔ Le personnel de première ligne doit bien connaître les signes et les symptômes de l'automutilation et savoir dépister les pensées suicidaires potentielles.
- ✔ Il doit également savoir évaluer la volonté de changement, appliquer des techniques de réduction des méfaits axées sur l'étudiant-e (et fondées sur l'évaluation du risque de suicide), ainsi qu'un traitement de la dysrégulation émotionnelle et des stratégies de renforcement des compétences fondé sur des données probantes et tenant compte des traumatismes.

Ressources

Comment soutenir une personne qui vous a dévoilé qu'elle s'automutilait, y compris les questions et réponses possibles:

- ***Young People Who Self-Harm: A Guide for School Staff*** par l'université d'Oxford
- ***Someone Has Told You They're Self-Harming. Now What?*** par le Dr Stephen Lewis
- ***Trauma-Informed Care for People who Self-Injure*** par le California Centre of Excellence for Trauma Informed Care

Autres ressources susceptibles d'être utiles aux étudiants-es:

- ***#chatsafe: A Young Person's Guide to Communicating Safely Online about Self-Harm and Suicide***
- **Fiche d'information sur la régulation émotionnelle** *par le CISMC*

Ressources spécifiques au personnel clinique:

- ***Clinician's Guide for the Management of Self-Injurious Thoughts and Behaviours*** *par le CAMH*

Troubles de conduites alimentaires

Pour beaucoup, les comportements liés aux troubles de conduites alimentaires peuvent être considérés comme une forme d'automutilation non suicidaire (Washburn et al., 2023). Bien que l'utilisation du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) comme base de compréhension des troubles de conduites alimentaires fasse l'objet de critiques importantes, il est important de comprendre comment le domaine médical les catégorise. Le DSM-5 comprend l'anorexie mentale (AM), l'hyperphagie boulimique (BED) et la boulimie (B) (APA, 2013). Le tableau ci-dessous donne un bref aperçu des symptômes de chaque trouble:

DIAGNOSTIC	SYMPTÔMES
Anorexie mentale	Restriction de l'apport calorique, peur intense de prendre du poids, distorsions de l'image de soi et de la gravité de son état
Hyperphagie boulimique	Épisodes récurrents d'hyperphagie boulimique, manque de contrôle lors de l'ingestion d'aliments, ingestion d'aliments jusqu'à ce que l'individu soit inconfortablement rassasié en peu de temps
Boulimie	Épisodes de frénésie alimentaire suivis de comportements compensatoires, qui peuvent inclure l'utilisation de laxatifs, d'exercices physiques intenses ou de purges pour « compenser » la nourriture consommée

Des enquêtes distribuées à des étudiants-es fréquentant 41 établissements de niveau postsecondaire canadiens ont indiqué que 2,6 % des répondants-es avaient reçu un diagnostic de troubles de conduites alimentaires au cours de la dernière année, plus précisément d'anorexie mentale ou de boulimie (American College Health Association [ACHA], 2016). Étant donné le faible taux de réponse à cette étude, ce chiffre pourrait être plus élevé ; d'autres données suggèrent qu'il pourrait atteindre 5 % dans les universités (Stuckless, 2023). En outre, la plupart de ces données sont antérieures à la pandémie de COVID-19, qui a probablement eu un impact important sur le développement et le maintien des troubles de conduites alimentaires en raison de ses effets sur les prix des denrées alimentaires, la sécurité des revenus et la santé mentale en général, d'autant plus que ces facteurs de stress sociétaux se sont poursuivis jusqu'à aujourd'hui (Barry et al., 2021).

De nombreux facteurs importants doivent être pris en compte lorsqu'il s'agit d'aborder les troubles de conduites alimentaires sur les campus de niveau postsecondaire, notamment (mais pas exclusivement): les expériences des étudiants-es athlètes (notamment dans les sports axés sur le poids ou la taille qui dépendent du maintien d'un type de corps spécifique), l'impact des facteurs de stress financiers et de la sécurité alimentaire, ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des services spécialisés dans les troubles de conduites alimentaires (Barry et al., 2021 ; Bianchi et al., 2021 ; Byrom et al., 2022). De nombreux-ses étudiants-es de l'enseignement postsecondaire sont confrontés-es à des difficultés financières qui les empêchent d'avoir accès à des aliments nutritifs ou à des soins privés spécialisés, ce qui contribue au développement et au maintien de troubles de conduites alimentaires (Barry et al., 2021).

Termes à connaître - Orthorexie et anorexie athlétique

Le terme « orthorexie » est utilisé pour décrire un ensemble de comportements axés sur la consommation d'aliments considérés comme « sains » ou « naturels », avec peu de flexibilité. Par ailleurs, le terme « anorexie athlétique » a été utilisé de manière informelle pour décrire une préoccupation pour l'exercice physique en tant que méthode de maintien ou de perte de poids. Il ne s'agit pas de termes cliniques à proprement parler, mais ils sont néanmoins utilisés pour décrire des troubles spécifiques du comportement alimentaire - en particulier pour les personnes travaillant dans les services de santé mentale de l'enseignement post-secondaire qui peuvent rencontrer ces termes lorsqu'elles travaillent avec leurs clients-es (NEDIC, n.d.).

Réduction des méfaits et troubles de conduites alimentaires

Le traitement des troubles de conduites alimentaires peut varier considérablement et dépend généralement de la gravité de la maladie et des comportements qui l'accompagnent. Il peut s'agir, entre autres, de counseling, de groupes (y compris de soutien par les pairs), d'un soutien résidentiel, d'un soutien ambulatoire dans le cadre de programmes hospitaliers spécialisés et d'un traitement intensif en milieu hospitalier (National Eating Disorder Information Centre [NEDIC], n.d.). La réduction des méfaits peut être intégrée à tous les stades du traitement, et les personnes qui ont tenté plusieurs traitements intensifs sans grand succès peuvent bénéficier d'une approche de réduction des méfaits, qui favorise la qualité de vie et le choix du client (Westmoreland & Mehler, 2016). Toutefois, cette approche peut comporter des risques importants et doit être abordée avec prudence, expertise et, si nécessaire, des consultations bioéthiques (Bianchi et al., 2021; Westmoreland & Mehler, 2016).

Il existe très peu de données empiriques sur les approches de réduction des méfaits dans le domaine des troubles de conduites alimentaires. En raison de la létalité potentielle des troubles de conduites alimentaires, des considérations éthiques complexes s'appliquent à la conduite de la recherche, notamment l'évaluation du consentement et l'impact potentiel des troubles de conduites alimentaires sur la cognition (Bianchi et al., 2021). L'anorexie en particulier présente les taux de mortalité les plus élevés de tous les diagnostics psychiatriques (Auger et al., 2021). Les troubles de conduites alimentaires doivent donc être abordés avec le soutien de professionnels-les de la santé mentale qualifiés-es et spécialisés-es, avec éventuellement un suivi médical régulier ou la participation d'une équipe de santé interdisciplinaire (Bianchi et al., 2021). Les pratiques de réduction des méfaits dans le contexte des troubles alimentaires ne constituent donc pas un objectif final, mais peuvent faire partie du processus de rétablissement en fonction de la gravité et de la capacité.

*Le webinaire **Harm Reduction for Eating Disorders** organisé par le Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders examine quand et où les approches de réduction des méfaits sont appliquées dans le contexte du traitement des personnes souffrant de troubles de conduites alimentataires.*

Pratiquement toutes les stratégies d'autocompassion peuvent contribuer à réduire les méfaits des troubles de conduites alimentaires (ACSM, 2022). Ces stratégies peuvent être les suivantes:

- Pour **l'anorexie** - utiliser des suppléments nutritionnels (Boost, Ensure) pour répondre aux besoins nutritionnels de base ; viser des périodes de jeûne moins longues
- Pour la **boulimie** - s'efforcer d'espacer les périodes d'hyperphagie ou de purge ; se faire examiner régulièrement par un dentiste
- Pour **l'hyperphagie boulimique** - ne pas garder d'aliments à risque dans la maison ; ne consommer des sucreries ou des friandises qu'après un repas sain
- Pour **tout trouble de conduites alimentaires**
    - Explorer les objectifs de rétablissement sans abstinence
    - Se concentrer sur la qualité de vie et non sur le trouble de conduite alimentaire
    - Éviter ou limiter l'utilisation des médias sociaux
    - Distraction ; s'adonner à des activités ou à des passe-temps amusants pour ne pas penser à la nourriture ou au corps
    - Autoriser les comportements liés aux troubles de conduites alimentaires à des moments précis
    - Explorer les options pour les choses qui peuvent être raisonnablement contrôlées
    - Retirer les pèse-personnes de la maison ou limiter les occasions de se peser
    - Construire un réseau sain d'amis-es, de collègues, de voisins-es
    - Chercher à obtenir du counseling ou un soutien pour faire face au stress ou aux expériences de la vie (traumatismes, abus, relations, etc.)
    - Éviter les discussions émotionnellement intenses pendant les repas
    - Faire preuve de créativité dans les activités à l'heure des repas (par exemple, soirées à thème, jeux) et éviter les conflits ou de regarder les nouvelles
    - Prendre des cours de cuisine ou apprendre à cuisiner pour le plaisir de l'activité et non pour celui de manger
    - Se soumettre à des examens médicaux réguliers

Ressources:

- ***Harm Reduction is for Eating Disorders too*** *(avec un tableau de stratégies et des conseils de réduction des méfaits)*
- ***Harm Reduction and Eating Disorders*** *un webinaire de Sheena's Place*
- ***Diet Culture within Post-Secondary Settings*** *un webinaire du CISMC*
- *Trousse d'outils sur les troubles des conduites alimentaires sur les campus par le CISMC*

RÉFLEXION : De quelle manière les normes de beauté perpétuées par le colonialisme et la suprématie blanche peuvent-elles influencer les troubles de conduites alimentaires ?

Conclusion

Les approches de réduction des méfaits pour lutter contre la consommation de substances et les comportements potentiellement dangereux peuvent être bénéfiques pour une population vulnérable comme celle des étudiants-es de l'enseignement de niveau postsecondaire. Elles défendent le droit des étudiants-es à l'autodétermination et minimisent les méfaits de manière fiable. Cela peut également offrir une opportunité de confiance et d'alliance sans jugement à ceux et celles qui ont du mal à demander de l'aide. Bien que cette trousse d'outils ne soit pas exhaustive, nous espérons qu'elle a permis d'éclairer certains sujets qui peuvent être pertinents pour la santé mentale et le bien-être des étudiants-es sur les campus. Nous avons résumé ci-dessous les principales recommandations de la trousse d'outils.

Principales recommandations

- Adopter une approche globale du campus lors de l'éducation, de la création de programmes et de la mise en œuvre de politiques liées à la réduction des méfaits.
- Veiller à ce que les pratiques de réduction des méfaits soient fondées sur une approche EDIAA, qui tient compte des traumatismes, qui est culturellement sûre et qui est anti-oppressive.
- Intégrer les principes de réduction des méfaits à différents niveaux de services et à différentes étapes de la vie étudiante afin de prévenir les méfaits, de soutenir les étudiants-es qui subissent des méfaits et de s'occuper des étudiants-es après des expériences préjudiciables.
- Donner une voix aux étudiants-es et travailler en collaboration pour déterminer les mesures de soutien qu'ils et elles souhaitent.
- Créer des partenariats avec des organisations communautaires et utiliser leurs services pour renforcer les capacités de soutien au corps étudiant.
- Assurer la promotion de la santé et l'éducation à la prévention, à la déstigmatisation et à la réduction des méfaits liés à la consommation de substances.
- Fournir des programmes, des fournitures et des initiatives faciles d'accès et confidentielles pour les étudiants-es.
- Encourager une culture de communauté et de sécurité sur les campus, où les étudiants-es veillent les uns-es sur les autres.
- Offrir des moyens sûrs et confidentiels de signaler des comportements potentiellement dangereux ou stigmatisants sans crainte de répercussions.
- Investir dans des programmes de soutien, de rétablissement et de réduction des méfaits dirigés par des pairs et situés sur le campus.

- Les approches de réduction des méfaits en matière de santé sexuelle, de travail du sexe et de comportements sexuels compulsifs doivent être ancrées dans des optiques non moralisatrices, exemptes d'idéologies et de moralités.
- Dans le contexte de l’ANS (automutilation ou troubles de conduites alimentaires), les approches de réduction des méfaits doivent être utilisées en conjonction avec les soutiens fournis par des professionnels-es de la santé mentale.
- Dans le cas des dépendances comportementales, la réduction des méfaits peut souvent passer par la création de routines productives, l'établissement de limites, l'acquisition de connaissances financières et la recherche de solutions de rechange.
- Il existe un besoin important de programmes et d'initiatives spécifiques sur les campus pour éduquer et soutenir les étudiants-es en ce qui concerne les dépendances comportementales et l’ANS.
- Les pratiques de réduction des méfaits peuvent être utilisées pour prévenir les comportements nuisibles, minimiser les méfaits lors de la participation à un comportement potentiellement nuisible, et prendre soin de la personne après un résultat nuisible.

Feuille de réflexion

Cette page est une compilation des questions de réflexion qui apparaissent tout au long de cette trousse d'outils. Nous vous recommandons de lire la trousse d'outils avant de passer à ces questions, car elles sont spécifiques aux sujets abordés. Vous pouvez imprimer/télécharger et rédiger vos réflexions sur chacune de ces questions en vous basant sur vos expériences professionnelles et personnelles afin de mieux comprendre comment la réduction des méfaits peut jouer un rôle dans votre travail.

1 Dans le cadre de votre pratique ou de votre rôle, comment pourriez-vous appliquer les principes de réduction des méfaits lorsque vous aidez des étudiants-es ?

2 Comment pouvons-nous soutenir les étudiants-es qui sont affectés-es de manière disproportionnée par les déterminants sociaux de la santé ?

3 Cette trousse d'outils suscite-t-elle des sentiments ou des attitudes à l'égard de la consommation de substances ou de la réduction des méfaits ? D'où viennent-ils ? Pensez-vous qu'ils puissent contribuer à la stigmatisation ?

4 Votre établissement de niveau postsecondaire dispose-t-il de politiques spécifiques relatives aux jeux de hasard et d'argent et au soutien des étudiants-es qui s'y adonnent ?

5 Comment la culture, le statut socio-économique et/ou l'éducation peuvent-ils influencer la susceptibilité des étudiants-es à l'achat compulsif ?

6 De quelle manière votre établissement d'enseignement postsecondaire peut-il offrir aux étudiants-es des occasions et des espaces pour se déconnecter d'Internet ou de la technologie ?

7 De quelle manière pouvez-vous montrer aux étudiants-es que vous êtes une personne sûre et sans jugement à qui parler de sujets tels que le sexe et la pornographie ? Quelles sont vos limites ? (En termes de soutien, de sujets abordés ou de niveau de confort).

8 Avez-vous des idées préconçues sur l'automutilation ? Comment certaines pratiques d'automutilation peuvent-elles passer inaperçues ?

9 De quelle manière les normes de beauté perpétuées par le colonialisme et la suprématie blanche peuvent-elles influencer les troubles de conduites alimentaires ?

Références

Abou Seif, N., John-Baptiste Bastien, R., Wang, B., Davies, J., Isaken, M., Ball, E., Pitman, A., & Rowe, S. (2022). Effectiveness, acceptability and potential harms of peer support for self-harm in non-clinical settings: systematic review. *BJPsych open*, *8*(1), e28. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1081

Adams, G. R., Sullivan, A.-M., Horton, K. D., Menna, R., & Guilmette, A. M. (2007). A study of differences in Canadian university students' gambling and proximity to a casino. *Journal of Gambling Issues, 19,* 9–18. https://doi.org/10.4309/jgi.2007.19.1

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2024a, 18 juillet). Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html

Agence de la santé publique du Canada (PHAC). (2024b, août). *Agence de la santé publique du Canada*. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-canada-rapport-surveillance-31-decembre-2022.html

Akbar, S., Iacono, A., Yang, J., Antoniou, T., Juurlink, D., Sheikh, H., Kurdyak, P., Wu, F., Cheng, C., Leece, P., Kolla, G., Emblem, J., Shearer, D., & Gomes, T. (2024). Characteristics of Opioid Toxicity Deaths Among Adolescents and Young Adults in Ontario Prior To and During the COVID-19 Pandemic. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *75*(1), 35–42. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.02.024

Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H., & Setare, M. (2012). Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views. *International journal of preventive medicine*, 3(4), 290–294.

Alberga, H. (2024, 8 octobre). Moins de jeunes utilisent des préservatifs, selon un nouveau rapport. *La presse canadienne*. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2110862/condoms-canada-itss-education#:~:text=Selon%20un%20sondage%20d'Angus,de%2018%20à%2024%20ans.

Alcohol and Drug Foundation (ADF). (2024, 20 juin). Stimulants. https://adf.org.au/drug-facts/stimulants/

American College Health Association (ACHA). (2016). *American College Health Association-National College Health Assessment II: Canadian Reference Group Executive Summary Spring 2016*. American College Health Association. https://www.acha.org/wp-content/uploads/2024/07/NCHA-II_SPRING_2016_CANADIAN_REFERENCE_GROUP_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Association canadienne de santé publique. (2014). Le travail du sexe au Canada: la perspective de la santé publique. https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/sex-work_f.pdf

Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Ontario (ACSM). (2018). OVERDOSE PREVENTION SITES / SUPERVISED CONSUMPTION SITES: STATEMENT FROM CMHA'S 30 ONTARIO BRANCHES. https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2018/09/CMHA-branch-statement-on-OPS-SCS-FINAL.pdf

Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Simcoe County (ACSM). (2022) Harm Reduction & Eating Disorders: A Mini Newsletter. https://cmhastarttalking.ca/wp-content/uploads/2022/04/Harm-Reduction-Eating-Disorders-MARCH-2022-002.pdf

Auger, N., Potter, B. J., Ukah, U. V., Low, N., Israël, M., Steiger, H., Healy-Profitós, J., & Paradis, G. (2021). Anorexia nervosa and the long-term risk of mortality in women. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *20*(3), 448–449. https://doi.org/10.1002/wps.20904

Avena, N. M., & Bocarsly, M. E. (2012). Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology, 63*(1), 87–96. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.11.010

Baetens, I., Lloyd-Richardson, E. E., Bloom, E., Hamza, C. A., Hasking, P., Lewis, S. P., Bezugla, D., Meers, E., & Van Hove, L. (2024). Guidelines, Policies, and Recommendations for Responding to NSSI in Schools and Universities. In *The Oxford Handbook of Nonsuicidal Self-Injury*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197611272.013.47

Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B., & Gil-Llario, M. D. (2020). Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addictive behaviors*, *107*, 106384. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106384

Banerjee, A. T., Lau, A., & Bender, J. L. (2022). Poor health disparities among racialized students in a Canadian university. *Journal of American College Health*, *72*(2), 346–350. https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2047702

Barry, M. R., Sonneville, K. R., & Leung, C. W. (2021). Students with Food Insecurity Are More Likely to Screen Positive for an Eating Disorder at a Large, Public University in the Midwest. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *121*(6), 1115–1124. https://doi.org/10.1016/j.jand.2021.01.025

Bello, N. T., & Hajnal, A. (2010). Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacology, biochemistry, and behavior, 97*(1), 25–33. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2010.04.016

Beirness, D. J., Jesseman, R., Notarandrea, R., & Perron, M. (2008). *Réduction des méfaits : Un concept qui en dit long.* Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. https://www.ccsa.ca/fr/reduction-des-mefaits-un-concept-qui-en-dit-long

Benoit, C., Shumka, L. (2021, mis à jour). Sex Work in Canada. http://www.understandingsexwork.ca

Bianchi, A., Stanley, K., & Sutandar, K. (2021). The Ethical Defensibility of Harm Reduction and Eating Disorders. *The American journal of bioethics : AJOB*, *21*(7), 46–56. https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1863509

Black, D. W. (2001). Compulsive Buying Disorder. *CNS Drugs*, *15*(1), 17–27. doi:10.2165/00023210-200115010-00003

Boak, A., & Hamilton, H. A. (2024). *Drug use among Ontario students, 1977–2023: Findings from the Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS)*. Centre de toxicomanie et de santé mentale. https://www.camh.ca/-/media/research-files/osduhs-drug-use-report_2023.pdf

Broman, C. L. (2005). Stress, Race and Substance Use in College. *College Student Journal, 39*(2), 340–352.

Brown, A., & Buckner, E. (2021, 8 octobre). Student sex work is happening, and universities need to respond with health services. *National Post*. https://nationalpost.com/pmn/news-pmn/student-sex-work-is-happening-and-universities-need-to-respond-with-health-services

Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, *35*(2), 383–402. https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135

Byrom, N. C., Batchelor, R., Warner, H., & Stevenson, A. (2022). Seeking support for an eating disorder: a qualitative analysis of the university student experience-accessibility of support for students. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1), 33–33. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00562-5

Çakmak Tolan, Ö., & Karahan, S. (2022). The Relationship between Nomophobia and Depression, Anxiety and Stress Levels of University Students. *International Journal of Psychology and Educational Studies, 9*(1), 115-129.

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2021). Lignes directrices sur les habitudes de jeu à moindre risque. https://gamblingguidelines.ca/fr/lignes-directrices-sur-les-jeux/quelles-sont-les-lignes-directrices/

Cannabis Health Evaluation and Research Partnership (CHERP). (2024, juillet). Protective & Risk Factors for Substance Use. https://decyde.ca/wp-content/uploads/2024/07/Protective-Factors.pdf

Candussi, C. J., Kabir, R., & Sivasubramanian, M. (2023). Problematic smartphone usage, prevalence and patterns among university students: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100643. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100643

Cano, R., Holmes, C., & MacDonald, C. (2023). Sexual health services, behaviours, and substance use among undergraduate students at an Eastern Canadian university between 2012 and 2021. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *32*(3), 332–339. https://doi.org/10.3138/cjhs.2022-0044

Casey, L. (2024, 18 novembre). Ontario tables bill to ban some supervised consumption sites. *The Canadian Press*. https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-consumption-site-ford-1.7386562

Cassidy, C., Curran, J., Steenbeek, A., & Langille, D. (2015). University Students' Sexual Health Knowledge: A Scoping Literature Review. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, *47*(3), 18–38. https://doi.org/10.1177/084456211504700303

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (n.d.-a). Toxicomanie. https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/toxicomanie

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (n.d.-b). Youth and problem gambling. https://kmb.camh.ca/ggtu/knowledge-translation/youth

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (2022). Jeu problématique. https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/jeu-problematique

Cliffe, C., Pitman, A., Sedgwick, R., Pritchard, M., Dutta, R., & Rowe, S. (2021). Harm minimisation for the management of self-harm: a mixed-methods analysis of electronic health records in secondary mental healthcare. *BJPsych open*, *7*(4), e116. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.946

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. https://doi.org/10.2307/1229039

Derbyshire, K. L., & Grant, J. E. (2015). Compulsive sexual behavior: a review of the literature. *Journal of behavioral addictions*, *4*(2), 37–43. https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.003

Elbarazi, A. S. (2023). The Association Between Compulsive Buying Disorder and Childhood Trauma. *Global Journal of Intellectual & Developmental Disabilities, 12*(2), 555833. DOI: 10.19080/GJIDD.2023.12.555833

Erbas, B., & Buchner, U. G. (2012). Pathological gambling: prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. *Deutsches Arzteblatt international*, *109*(10), 173–179. https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0173

Ernst, F., Romanczuk-Seiferth, N., Köhler, S., Amelung, T., & Betzler, F. (2021). Students in the Sex Industry: Motivations, Feelings, Risks, and Judgments. *Frontiers in psychology*, *12*, 586235. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.586235

Estreet, A., Archibald, P., Tirmazi, M. T., Goodman, S., & Cudjoe, T. (2017). Exploring social work student education: The effect of a harm reduction curriculum on student knowledge and attitudes regarding opioid use disorders. *Substance abuse*, *38*(4), 369–375. https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1341447

Felner, J. K., Wisdom, J. P., Williams, T., Katuska, L., Haley, S. J., Jun, H. J., & Corliss, H. L. (2020). Stress, Coping, and Context: Examining Substance Use Among LGBTQ Young Adults With Probable Substance Use Disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *71*(2), 112–120. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900029

First Nations Health Authority (FNHA). (n.d.). Fact Sheet: Indigenous Harm Reduction Principles and Practices. https://www.fnha.ca/WellnessSite/WellnessDocuments/FNHA-Indigenous-Harm-Reduction-Principles-and-Practices-Fact-Sheet.pdf

Fong T. W. (2006). Understanding and managing compulsive sexual behaviors. *Psychiatry*, *3*(11), 51–58.

Geisner, I. M., Huh, D., Cronce, J. M., Lostutter, T. W., Kilmer, J., & Larimer, M. E. (2016). Exploring the Relationship Between Stimulant Use and Gambling in College Students. *Journal of gambling studies*, *32*(3), 1001–1016. https://doi.org/10.1007/s10899-015-9586-2

Gómez-Galán, J., Lázaro-Pérez, C., & Martínez-López, J. Á. (2021). Exploratory study on video game addiction of college students in a pandemic scenario. *Journal of New Approaches in Educational Research*, 10(2), 330-346.

Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403–1408. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x

Guerdjikova, A. I., Gwizdowski, I. S., McElroy, S. L., McCullumsmith, C., & Suppes, P. (2014). Treating nonsuicidal self-injury. *Current Treatment Options in Psychiatry*, *1*(4), 325–334. https://doi.org/10.1007/s40501-014-0028-z

Haghir, E., Madampage, C., Mahmood, R., & Moraros, J. (2018). Risk Factors Associated with Self-reported Sexually Transmitted Infections among Postsecondary Students in Canada. *International journal of preventive medicine*, *9*, 49. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_444_17

Hague, B., Hall, J., & Kellett, S. (2016). Treatments for compulsive buying: A systematic review of the quality, effectiveness and progression of the outcome evidence. *Journal of behavioral addictions*, *5*(3), 379–394. https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.064

Hall, K., Gibbie, T., & Lubman, D. I. (2012). Motivational interviewing techniques - facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian family physician*, *41*(9), 660–667.

Hatoum, A. S., Colbert, S. M. C., Johnson, E. C., Huggett, S. B., Deak, J. D., Pathak, G., Jennings, M. V., Paul, S. E., Karcher, N. R., Hansen, I., Baranger, D. A. A., Edwards, A., Grotzinger, A., Substance Use Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Tucker-Drob, E. M., Kranzler, H. R., Davis, L. K., Sanchez-Roige, S., Polimanti, R., Gelernter, J., … Agrawal, A. (2023). Multivariate genome-wide association meta-analysis of over 1 million subjects identifies loci underlying multiple substance use disorders. *Nature. Mental health*, *1*(3), 210–223. https://doi.org/10.1038/s44220-023-00034-y

Hatoum, A. S., Johnson, E. C., Colbert, S. M. C., Polimanti, R., Zhou, H., Walters, R. K., Gelernter, J., Edenberg, H. J., Bogdan, R., & Agrawal, A. (2022). The addiction risk factor: A unitary genetic vulnerability characterizes substance use disorders and their associations with common correlates. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *47*(10), 1739–1745. https://doi.org/10.1038/s41386-021-01209-w

Hartz, S. M., Culverhouse, R. C., Mintz, C. M., Ellis, M. S., Kasper, Z. A., Cavazos-Rehg, P., Grucza, R. A., Bierut, L. J., & Cicero, T. J. (2022). Association between recent overdose and chronic pain among individuals in treatment for opioid use disorder. *PloS one*, *17*(11), e0271379. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271379

Hasking, P., Rees, C. S., Martin, G., & Quigley, J. (2015). What happens when you tell someone you self-injure? the effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health*, *15*(1), 1039–1039. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2383-0

Hawk, M., Coulter, R. W. S., Egan, J. E., Fisk, S., Reuel Friedman, M., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm reduction journal, 14*(1), 70. https://doi.org/10.1186/s12954-017-0196-4

Heinz, A., Gutwinski, S., Bahr, N. S., Spanagel, R., & Di Chiara, G. (2024). Does compulsion explain addiction?. *Addiction biology*, 29(4), e13379. https://doi.org/10.1111/adb.13379

Here to Help. (2013). Understanding substance use: A health promotion perspective. https://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/understanding-substance-use-a-health-promotion-perspective.pdf

Hoffman, K. L., Milazzo, F., Williams, N. T., Samples, H., Olfson, M., Diaz, I., Doan, L., Cerda, M., Crystal, S., & Rudolph, K. E. (2024). Independent and joint contributions of physical disability and chronic pain to incident opioid use disorder and opioid overdose among Medicaid patients. *Psychological medicine*, *54*(7), 1419–1430. https://doi.org/10.1017/S003329172300332X

Hollén, L., Dörner, R., Griffiths, M. D., & Emond, A. (2020). Gambling in Young Adults Aged 17-24 Years: A Population-Based Study. *Journal of gambling studies*, *36*(3), 747–766. https://doi.org/10.1007/s10899-020-09948-z

Holligan, S. D., Battista, K., de Groh, M., Jiang, Y., & Leatherdale, S. T. (2019). Utiliser l'âge de la première consommation d'alcool pour prédire la consommation d'alcool, la consommation excessive d'alcool et le mélange d'alcool et de boissons énergisantes chez les élèves de 12e année en Ontario dans le cadre du projet COMPASS. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, *39*(11), 298–305. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-39-no-11-2019/recherche-quantitative-originale-age-alcool-consommation.html

Hop Wo, N. K., Anderson, K. K., Wylie, L., & MacDougall, A. (2020). The prevalence of distress, depression, anxiety, and substance use issues among Indigenous post-secondary students in Canada. *Transcultural psychiatry*, *57*(2), 263–274. https://doi.org/10.1177/1363461519861824

Inckle, K. (2011). The first cut is the deepest: A harm-reduction approach to self-injury. *Social Work in Mental Health*, *9*(5), 364-378.

Irvin, J. (2024, 17 juin). The Compounding Effect of Intersectionality on People who use Drugs. *The Network for Public Health Law*. https://www.networkforphl.org/news-insights/the-compounding-effect-of-intersectionality-on-people-who-use-drugs/

Johns Hopkins Medicine. (n.d.) Opioids. https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/opioids

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156. doi:10.1093/clipsy.bpg016

Kapukotuwa, S., Bonsu, L., Chatterjee, A., Fudolig, M., & Sharma, M. (2023). Examining the Gambling Behavior of University Students: A Cross-Sectional Survey Applying the Multi-Theory Model (MTM) of Health Behavior Change in a Single Institution. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *11*(15), 2151. https://doi.org/10.3390/healthcare11152151

Khenti A. (2014). The Canadian war on drugs: structural violence and unequal treatment of Black Canadians. *The International journal on drug policy*, *25*(2), 190–195. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.12.001

Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, *63*(11), 1045–1056. https://doi.org/10.1002/jclp.20412

Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal self-Injury*. Hogrefe Publishing.

Kil, N., Kim, J., McDaniel, J. T., Kim, J., & Kensinger, K. (2021). Examining associations between smartphone use, smartphone addiction, and mental health outcomes: A cross-sectional study of college students. *Health Promotion Perspectives*, 11(1), 36–44. https://doi.org/10.34172/hpp.2021.06

Koran, L. M., Faber, R. J., Aboujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2006). Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *The American journal of psychiatry*, *163*(10), 1806–1812. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1806

Kress, V. E., & Hoffman, R. M. (2008). Non-Suicidal Self-Injury and Motivational Interviewing: Enhancing Readiness for Change. *Journal of Mental Health Counseling*, *30*(4), 311–329. https://doi.org/10.17744/mehc.30.4.n2136170r5732u6h

Kuzma, J. M., & Black, D. W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 603–611. https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.005

Linnet J. (2020). The anticipatory dopamine response in addiction: A common neurobiological underpinning of gambling disorder and substance use disorder?. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, *98*, 109802. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.10980

Lipson, S. K., Zhou, S., Abelson, S., Heinze, J., Jirsa, M., Morigney, J., Patterson, A., Singh, M., & Eisenberg, D. (2022). Trends in college student mental health and help-seeking by race/ethnicity: Findings from the national healthy minds study, 2013-2021. *Journal of affective disorders*, *306*, 138–147. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.038

Logan, D. E., & Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *Journal of clinical psychology, 66*(2), 201–214. https://doi.org/10.1002/jclp.20669

Lopez, G. (2015, 1er octobre). Black and white Americans use drugs at similar rates. One group is punished more for it. *Vox*. https://www.vox.com/2015/3/17/8227569/war-on-drugs-racism

Lostutter, T. W., Lewis, M. A., Cronce, J. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2014). The use of protective behaviors in relation to gambling among college students. *Journal of gambling studies*, *30*(1), 27–46. https://doi.org/10.1007/s10899-012-9343-8

Lourenço Leite, P., Pereira, V. M., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2014). Psychotherapy for compulsive buying disorder: a systematic review. *Psychiatry research*, *219*(3), 411–419. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.037

Love, T., Laier, C., Brand, M., Hatch, L., & Hajela, R. (2015). Neuroscience of Internet Pornography Addiction: A Review and Update. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, *5*(3), 388–433. https://doi.org/10.3390/bs5030388

Maraz, A., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2016). The prevalence of compulsive buying: a meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *111*(3), 408–419. https://doi.org/10.1111/add.13223

Marchetti I. (2023). The Structure of Compulsive Sexual Behavior: A Network Analysis Study. *Archives of sexual behavior*, *52*(3), 1271–1284. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02549-y

Marionneau, V., Ruohio, H., & Karlsson, N. (2023). Gambling harm prevention and harm reduction in online environments: a call for action. *Harm reduction journal*, *20*(1), 92. https://doi.org/10.1186/s12954-023-00828-4

Marlatt G. A. (1996). Harm reduction: come as you are. *Addictive behaviors, 21*(6), 779–788. https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00042-1

Marchica, L., Zhao, Y., Richard, J., Derevensky, J., & Shaffer, H. J. (2018). A comparative analysis of Canadian university policies toward alcohol, drugs, and gambling use. *The Canadian Journal of Addiction, 9*(1), 18-25. https://doi.org/10.1097/CXA.0000000000000014

Marcinkevics, D. (2020). *Problem Gambling Among Post-Secondary Students and Student-Athletes*. [Doctoral thesis, University of Alberta]. Education & Research Archive. https://era.library.ualberta.ca/items/b6df7220-76d9-47d0-b23468cbe060f223

Margetson, L., Sampasa-Kanyinga, H., Hamilton, H. A., & Chaput, J.-P. (2024). Problem technology use and psychological distress among adolescents in Ontario, Canada. *Journal of Technology in Behavioral Science*. https://doi.org/10.1007/s41347-024-00425-7

Mcbride, J., & Derevensky, J. (2012). Internet gambling and risk-taking among students: An exploratory study. *Journal of behavioral addictions*, *1*(2), 50–58. https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.2.2

McDonald, A. J., Kurdyak, P., Rehm, J., Roerecke, M., & Bondy, S. J. (2024). Age-dependent association of cannabis use with risk of psychotic disorder. *Psychological medicine*, 1–11. Advance online publication. https://doi.org/10.1017/S0033291724000990

McKenzie, K. C., & Gross, J. J. (2014). Nonsuicidal self-injury: an emotion regulation perspective. *Psychopathology*, *47*(4), 207–219. https://doi.org/10.1159/000358097

Moustafa, A. A., Parkes, D., Fitzgerald, L., Underhill, D., Garami, J., Levy-Gigi, E., Stramecki, F., Valikhani, A., Frydecka, D., & Misiak, B. (2021). The relationship between childhood trauma, early-life stress, and alcohol and drug use, abuse, and addiction: An integrative review. *Current Psychology*, *40*(2), 579–584. https://doi.org/10.1007/s12144-018-9973-9

Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of mental health counseling*, *28*(2), 166-185.

Naisteter, M. A., & Sitron, J. A. (2010). Minimizing Harm and Maximizing Pleasure: Considering the Harm Reduction Paradigm for Sexuality Education. *American Journal of Sexuality Education*, *5*(2), 101–115. https://doi.org/10.1080/10627197.2010.491046

National Eating Disorder Information Centre (NEDIC). (n.d.). Eating disorders & treatment. https://nedic.ca/eating-disorders-treatment/

National Harm Reduction Coalition (NHRC). (n.d.-a) Native Harm Reduction Toolkit. https://harmreduction.org/wp-content/uploads/2023/07/Native-Harm-Reduction-Toolkit.pdf

National Harm Reduction Coalition (NHRC). (n.d.-b) Training Guide: Stimulant Overamping Basics. https://harmreduction.org/issues/overdose-prevention/overview/stimulant-overamping-basics/what-is-overamping/

National Harm Reduction Coalition (NHRC). (2020). *Principles of harm reduction*. https://harmreduction.org/wp-content/uploads/2022/12/NHRC-PDF-Principles_Of_Harm_Reduction.pdf

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2024, 24 septembre). Cannabis (Marijuana). https://nida.nih.gov/research-topics/cannabis-marijuana

Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2004). Self-determination and problem gambling among college students. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(4), 565–583. https://doi.org/10.1521/jscp.23.4.565.40310

Notara, V., Vagka, E., Gnardellis, C., & Lagiou, A. (2021). The Emerging Phenomenon of Nomophobia in Young Adults: A Systematic Review Study. *Addiction & health*, *13*(2), 120–136. https://doi.org/10.22122/ahj.v13i2.309

Nowak D. E. (2018). A Meta-analytical Synthesis and Examination of Pathological and Problem Gambling Rates and Associated Moderators Among College Students, 1987-2016. *Journal of gambling studies*, *34*(2), 465–498. https://doi.org/10.1007/s10899-017-9726-y

Nower, L., Anthony, W. L., & Stanmyre, J. F. (2022). The intergenerational transmission of gambling and other addictive behaviors: Implications of the mediating effects of cross-addiction frequency and problems. *Addictive behaviors*, *135*, 107460. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107460

Nutt, D. J., Lingford-Hughes, A., Erritzoe, D., & Stokes, P. R. (2015). The dopamine theory of addiction: 40 years of highs and lows. *Nature reviews. Neuroscience*, *16*(5), 305–312. https://doi.org/10.1038/nrn3939

Nutton, J., & Fast, E. (2015). Historical Trauma, Substance Use, and Indigenous Peoples: Seven Generations of Harm From a "Big Event." *Substance Use & Misuse*, *50*(7), 839–847. https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1018755

Organisation mondiale de la santé (OMS). (n.d.) Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

Owusu-Bempah, A., Jung, M., Sbaï, F., Wilton, A. S., & Kouyoumdjian, F. (2023). Race and Incarceration: The Representation and Characteristics of Black People in Provincial Correctional Facilities in Ontario, Canada. *Race and Justice*, *13*(4), 530-542. https://doi.org/10.1177/21533687211006461

Pascoe, M. C., Hetrick, S. E., & Parker, A. G. (2019). The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International Journal of Adolescence and Youth*, *25*(1), 104–112. https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1596823

Paton A. (2005). Alcohol in the body. *BMJ (Clinical research ed.)*, *330*(7482), 85–87. https://doi.org/10.1136/bmj.330.7482.85

Per, M., Simundic, A., Argento, A., Khoury, B., & Heath, N. (2021). Examining the Relationship Between Mindfulness, Self-Compassion, and Emotion Regulation in Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, *26*(3), 1286–1301. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1885534

Price A. (2022). Online Gambling in the Midst of COVID-19: A Nexus of Mental Health Concerns, Substance Use and Financial Stress. *International journal of mental health and addiction*, *20*(1), 362–379. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00366-1

Reddy, N., Silver, C. & Whitlock, J.L. (2016). *The Relationship between NSSI and LGBTQ Identities*. [Information Brief] Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. https://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/the-relationship-between-nssi-and-lgbtq-identities.pdf

Rekart M. L. (2005). Sex-work harm reduction. *Lancet (London, England)*, *366*(9503), 2123–2134. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67732-X

Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) , Coalition interagence sida et développement (CISD). (2019, 19 mars). Document de référence: La réduction autochtone des méfaits = réduire les méfaits du colonialisme. https://substanceuse.ca/fr/la-reduction-autochtone-des-mefaits-reduire-les-mefaits-du-colonialisme

Richardson, T., Egglishaw, A., & Sood, M. (2024). Does Childhood Trauma Predict Impulsive Spending in Later Life? An Analysis of the Mediating Roles of Impulsivity and Emotion Regulation. *Journal of child & adolescent trauma*, *17*(2), 275–281. https://doi.org/10.1007/s40653-023-00600-7

Rotermann, M., & Gilmour, H. (2022, 9 août). *Qui joue à des jeux de hasard et qui éprouve des problèmes de jeu au Canada.* (Catalogue no. 75-006-X). Statistique Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00006-fra.htm

Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., Kimberley, D., & Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *53*(12), 800–809. https://doi.org/10.1177/070674370805301206

Sánchez-Fernández, M., Borda-Mas, M., & Mora-Merchán, J. (2022). Problematic internet use by university students and associated predictive factors: A systematic review. *Computers in Human Behavior*, 139, 107532. https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107532

Sansone, A., Limoncin, E., Colonnello, E., Mollaioli, D., Ciocca, G., Corona, G., & Jannini, E. A. (2022). Harm Reduction in Sexual Medicine. *Sexual Medicine Reviews*, *10*(1), 3–22. doi:10.1016/j.sxmr.2021.01.005

Santé Canada. (2022). Le spectre de la consommation de substances. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/substance-use-spectrum-infographic/pub-fra.pdf

Santé Canada. (2023, 19 septembre). Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN) : sommaire des résultats pour 2022 https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-tobacco-nicotine-survey/2022-summary.html

Santé Canada. (2024, 12 janvier). Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogue dans les établissements d'enseignement postsecondaire : Sommaire. https://sante-infobase.canada.ca/alcool/eccadeep/index.html

Self-Injury Support (SIS). (n.d.-a). Distractions and Displacement. https://www.selfinjurysupport.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=7c897fa2-90d8-474f-aa23-b1423f65764c

Self-Injury Support (SIS). (n.d.-b). Harm Minimisation. https://www.selfinjurysupport.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=2faddea6-fa37-486c-875c-a5b0a23091bd

Siddiqi, A., Shahidi, F. V., Ramraj, C., & Williams, D. R. (2017). Associations between race, discrimination and risk for chronic disease in a population-based sample from Canada. *Social science & medicine (1982)*, *194*, 135–141. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.009

Skues, J., Williams, B., Oldmeadow, J. & Wise, L. (2016) The Effects of Boredom, Loneliness, and Distress Tolerance on Problem Internet Use Among University Students. Int J Ment Health Addiction, 14, 167–180. *https://doi.org/10.1007/s11469-015-9568-8*

Slavin, M. N., Scoglio, A. A. J., Blycker, G. R., Potenza, M. N., & Kraus, S. W. (2020). Child Sexual Abuse and Compulsive Sexual Behavior: A Systematic Literature Review. *Current addiction reports*, *7*(1), 76–88. https://doi.org/10.1007/s40429-020-00298-9

Spillane, N. S., Schick, M. R., Kirk-Provencher, K. T., Nalven, T., Goldstein, S. C., Crawford, M. C., & Weiss, N. H. (2023). Trauma and Substance Use among Indigenous Peoples of the United States and Canada: A Scoping Review. *Trauma, violence & abuse*, *24*(5), 3297–3312. https://doi.org/10.1177/15248380221126184

Stewart, S. A., Copeland, A. L., & Cherry, K. E. (2022). Risk Factors for Substance Use across the Lifespan. *The Journal of Genetic Psychology*, *184*(2), 145–162. https://doi.org/10.1080/00221325.2022.2130025

Strickland, J. C., & Acuff, S. F. (2023). Role of social context in addiction etiology and recovery. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, *229*, 173603. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2023.173603

Stuckless, J. (2023) Eating disorder risk in postsecondary students: assessing perceptions of health as a function of social support. [Thèse de doctorat, Memorial University of Newfoundland]. Memorial University Research Repository. https://doi.org/10.48336/K6P5-0191

Substance Abuse and Mental Health Administration (n.d.) Co-Occurring Disorders and Other Health Conditions. https://www.samhsa.gov/medications-substance-use-disorders/medications-counseling-related-conditions/co-occurring-disorders

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & life-threatening behavior*, *44*(3), 273–303. https://doi.org/10.1111/sltb.12070

Tang, H., Li, Y., Dong, W., Guo, X., Wu, S., Chen, C., & Lu, G. (2024). The relationship between childhood trauma and internet addiction in adolescents: A meta-analysis. *Journal of behavioral addictions*, *13*(1), 36–50. https://doi.org/10.1556/2006.2024.00001

Thomas, A., Moore, S., Kale, S., Zlatevska, N., Spence, M., Staiger, P., Graffam, J. & Kyrios, M. (2011). International student gambling: The role of acculturation, gambling cognitions and social circumstances - summary report: A mixed-methods investigation of international student gambling. (ISBN: 978-1-921627-41-5). Gambling Research Australia. https://www.gamblingresearch.org.au/sites/default/files/2019-09/International%20Student%20Gambling%20-%20Technical%20Report.pdf

Thomas, T. A., Laskowski, N. M., Lesener, T., Gusy, B., de Zwaan, M., & Müller, A. (2024). Prevention Approaches for Compulsive Buying-Shopping Disorder. *SUCHT*, *0*(0). https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000897

Vagka, E., Gnardellis, C., Lagiou, A., & Notara, V. (2023). Prevalence and Factors Related to Nomophobia: Arising Issues among Young Adults. *European journal of investigation in health, psychology and education*, *13*(8), 1467–1476. https://doi.org/10.3390/ejihpe13080107

van Draanen, J., Tsang, C., Mitra, S., Karamouzian, M., & Richardson, L. (2020). Socioeconomic marginalization and opioid-related overdose: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*, *214*, 108127. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108127

Wardle, H., Degenhardt, L., Marionneau, V., Reith, G., Livingstone, C., Sparrow, M., … Saxena, S. (2024). The Lancet Public Health Commission on gambling. *The Lancet Public Health*, *9*(11), e950–e994. doi:10.1016/S2468-2667(24)00167-1

Washburn, J. J., Soto, D., Osorio, C. A., & Slesinger, N. C. (2023). Eating disorder behaviors as a form of non-suicidal self-injury. *Psychiatry research, 319*, 115002. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115002

Weinstein, A., Maraz, A., Griffiths, M. D., Lejoyeux, M., & Demetrovics, Z. (2016). Chapter 98 - Compulsive Buying—Features and Characteristics of Addiction. In V. R. Preedy (Ed.), *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse* (pp. 993–1007). doi:10.1016/B978-0-12-800634-4.00098-6

Wickwire, E. M., Jr, Whelan, J. P., West, R., Meyers, A., McCausland, C., & Leullen, J. (2007). Perceived availability, risks, and benefits of gambling among college students. *Journal of gambling studies*, *23*(4), 395–408. https://doi.org/10.1007/s10899-007-9057-5

Wildey, M. N., Fox, M. E., Machnik, K. A., & Ronk, D. (2024). Exploring graduate student mental health and service utilization by gender, race, and year in school. *Journal of American college health : J of ACH*, *72*(8), 2982–2990. https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2145898

Woodward, J. (2024, 28 août). Toronto neighbourhoods with drug consumption sites saw many types of crime drop: data. *CTV News*. https://toronto.ctvnews.ca/toronto-neighbourhoods-with-drug-consumption-sites-saw-many-types-of-crime-drop-data-1.7015700

Young, M., McKnight, S., Kalbfleisch, L., Leon, C. Lusk, E., Smit Quosai, T., & Stark, S. (2024). *Accessibilité et publicité du jeu au Canada: appel à l'action*. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2024-06/Gambling-Availability-and-Advertising-in-Canada-fr.pdf

CENTRE D'INNOVATION EN
SANTÉ MENTALE SUR LES CAMPUS