



## **Annexe**

**pp. 370-372**

### **Réduction des risques, principes et résultats internationaux**

**Principe de la réduction des risques :** la politique dite « de réduction des risques liés à l'usage de drogues » (*réduction of drug related harm*) est une politique de santé publique portant sur l'usage de drogues ; son objectif est de réduire les conséquences néfastes de l'usage pour l'utilisateur comme pour la société. Elle trouve sa source dans les premières politiques de santé publique du XIX<sup>e</sup> siècle et elle fonde les politiques de prévention des drogues licites. Les principes de cette politique de santé publique peuvent être résumés par 1) une approche intégrée des drogues licites et illicites qui fait appel à la réglementation, à l'information et à la prévention ; 2) une approche fondée sur une hiérarchie des risques sociaux et sanitaires : l'action publique doit privilégier les risques les plus graves ; 3) une approche intégrée de l'usage, de l'abus et la dépendance : prévention et soin s'inscrivent dans une continuité qui commence avec la prévention de l'usage (mieux vaut ne pas consommer), continue avec la prévention de l'abus et de la dépendance (mieux vaut consommer les drogues les moins dangereuses et de la façon la moins dangereuse possible) pour aboutir au traitement, qui doit également s'inscrire dans une logique de réduction des risques ; aussi l'amélioration de la santé et de la qualité de vie doivent-elles être les premiers objectifs ; ces améliorations sont d'ailleurs des étapes nécessaires à la sortie de la dépendance ; 4) l'appel à la responsabilité : il appartient à l'utilisateur de protéger sa santé ; il doit être associé aux actions qui lui sont destinées et ses choix doivent être informés.

Cette politique se réclame des droits de l'Homme : l'utilisateur de drogues y est considéré comme un membre à part entière de la collectivité, avec les mêmes droits et les mêmes devoirs. Elle entend contribuer à une société solidaire et plurielle en prenant en compte les situations spécifiques : prisons, prostitution, populations nomades, migrants, femmes et enfants, travailleurs de nuit, etc. Sa démarche est

pragmatique : 1) les objectifs réalistes à court terme sont privilégiés par rapport aux objectifs irréalistes à long terme, tels qu'une société sans drogues ; 2) les buts sont hiérarchisés en fonction à la fois de la gravité du problème et des moyens qui peuvent être mobilisés. La démarche peut s'appliquer à tous les régimes politiques, elle doit contribuer à instaurer une dynamique de changement favorable à la protection de la santé et aux droits de l'Homme. L'innovation et l'évaluation participent pleinement de cette politique. Éducation par les pairs, *counselling*, autosupport, *outreach*, soins de santé primaire, échange de seringues, réponses en situation de crise, diversification des traitements, tels sont les outils les plus fréquemment développés.

**Résultats internationaux** : parce qu'elles vont à l'encontre de la politique de guerre à la drogue, les mesures de réduction des risques ont dû faire la preuve de leur efficacité. Celles-ci ont été facilitées par des objectifs relativement précis : réduction des contaminations du VIH, réduction des comportements à risque. Elles n'en posent pas moins de redoutables problèmes méthodologiques, compte tenu du nombre des variables à prendre en compte. Les évaluations, nombreuses, ont donné lieu à des discussions internationales. Différents articles et ouvrages présentent des synthèses des résultats qui portent sur les diverses actions, dont, tout d'abord, les programmes d'échange de seringues. Les premières recherches ont démontré que la distribution ou l'échange de seringues n'augmentent pas le nombre d'injecteurs [Lurie, Reingold *étal*, 1993]. Elle diminue les conduites à risque et l'incidence du sida. À titre d'exemple, citons la baisse des taux de partage des seringues de 34 % à 27 % pour ceux qui fréquentent les PES (programmes d'échange de seringues) en Angleterre et en Ecosse entre 1987 et 1988, alors qu'ils augmentaient de 62 % à 69 % pour les injecteurs qui ne les fréquentent pas [Donoghoe, Stimson *et al*, 1989]. Dans le Connecticut, la prévalence du sida dans les seringues collectées par le programme est passée de 66 % à 43 % après trois mois (soit une réduction de 33 %) [Heimer *et al*, 1997]. À New York, on a relevé une réduction de 70 % de l'incidence du VIH des participants du PES par rapport aux injecteurs qui ne le fréquentent pas [Desjarlais, 2001]. Dans toutes les recherches, il reste des comportements à risque, plus ou moins résiduels selon les contextes. À New York, ceux qui ne modifient pas leur comportement sont souvent des injecteurs plus jeunes ou bien des injecteurs de cocaïne [Paone et Desjarlais, 1997]. Deux PES (Montréal et Vancouver) ont obtenu des résultats nuls ou négatifs, les clients des PES continuant de partager leurs seringues : ces mauvais résultats sont dus à un accès aux seringues insuffisant au regard des pratiques (plus d'une dizaine d'injections de cocaïne par jour) et au pourcentage insuffisant d'injecteurs fréquentant le programme [Vlanov, 2000 ; Des Jarlais, 2000 ; Strathdee *et al*, 1997]. Les actions *d'outreach*, c'est-à-dire d'équipes allant sur le terrain, ont également été évaluées aux États-Unis et en Australie. À Chicago, après quatre années, le taux de comportements à risque est passé d'un partage systématique à 14 % ; le taux de contamination par le VIH est passé de 5 % par semestre à 1 % [Choi et Coates, 1994]. En moyenne, les comportements à risque par

le partage des seringues sont passés de 62 % à 31 % en six mois dans vingt villes américaines où Faction a été évaluée [Sloboda, 1998], Les résultats dépendent de l'implication des usagers dans la prévention [Friedman *et al*, 1989 ; Burrows, 2000]. Ces résultats justifient le soutien à l'autosupport des usagers. Au-delà des actions de la prévention, le traitement par la méthadone a été évalué dans une perspective de réduction des risques : recul de l'injection, protection de la santé. L'évaluation a pu démontrer que, loin de s'opposer à des objectifs de traitement, la protection de la santé améliorerait l'accès et les résultats du traitement de la toxicomanie. Dans le domaine des soins et du soutien aux malades du sida, il est difficile de donner rapidement des chiffres, les évaluations (il y en a) devant être interprétées au regard des contextes. Une revue globale de la littérature a amené l'OMS à développer le concept de « continuité des soins » (*continuum of care*) [WHO, 1995] qui lie les actions spécifiques aux hôpitaux généraux ainsi qu'à l'ensemble des services de santé et des services sociaux.

Réduction des risques et communauté : il n'est pas de pays où les actions de réduction des risques n'aient été confrontées à des obstacles ; l'acceptabilité des actions (programmes d'échange de seringues, boutiques) a été étudiée dans de nombreux contextes, en Suisse, aux Pays-Bas, aux États-Unis, en Australie et en France. Les actions de réduction des risques doivent convaincre les décideurs politiques, les habitants, les services de police. Leur développement mondial ainsi que le soutien de l'ONU-sida et de l'OMS tiennent aux résultats obtenus : ces actions peuvent effectivement prévenir, ralentir et même arrêter l'épidémie de sida [Des Jarlais *et al*, 1995]. Des méthodologies d'analyse des problèmes, d'implantation et de négociation ont été élaborées.

Voir BURROW D., *Effective Approaches to HIV/AIDS and Injecting Drug Use* : dbsyd@aol.com ; et STIMSON G., DES JARLAIS D. G. et BALL A., «Drug Injecting and fflV Infection», *WHO*, 1998.