



Réduction des méfaits : concepts et pratique

Groupe de travail national sur les politiques du CCLAT¹
1996

A. Historique

1. Contexte

La réduction des méfaits est une approche de santé publique qui vise à traiter des questions liées aux drogues et qui met principalement l'accent sur la réduction des conséquences négatives de la consommation de drogues plutôt que sur l'élimination de la consommation des drogues ou sur l'abstinence. Ces dernières années, cette approche a suscité tant un intérêt marqué qu'une importante controverse. Au cours de la dernière décennie, la réduction des méfaits est devenue un sujet dont on discute davantage dans le milieu de la toxicomanie et dont traitent de plus en plus les médias et le grand public. Un des principaux catalyseurs de cet intérêt soudain pour la réduction des méfaits a été l'émergence du SIDA, en relation avec la consommation de drogues par l'échange de matériel d'injection. Bon nombre de pays adoptent maintenant la perspective axée sur la santé publique, étant d'avis que les dangers de la propagation du SIDA chez les consommateurs de drogues et par les consommateurs de drogues au sein de la population générale menacent davantage la santé que les dangers de la consommation de drogues en elle-même.

La réduction des méfaits apparaît comme une approche alternative aux politiques et aux programmes en matière de drogues axés sur l'abstinence. On a également constaté un certain degré de confusion et de controverse qui a pris de l'importance. La réduction des méfaits vise à réduire les conséquences indésirables pour les personnes qui ne sont actuellement pas en mesure d'arrêter leur consommation de drogues, mais elle peut être compatible avec un objectif d'abstention éventuelle. Le présent document tente de clarifier les questions entourant la définition et la pratique de la réduction des méfaits et fait des recommandations dans le but d'orienter l'élaboration de politiques et de programmes à venir dans le domaine de la réduction des méfaits.

2. Définition de la réduction des méfaits

Actuellement, on ne s'entend pas dans les écrits portant sur les toxicomanies ni chez les praticiens sur une définition de réduction des méfaits². Dans son utilisation actuelle, « réduction des méfaits » peut être un terme générique ou spécifique ayant plusieurs significations. Il existe une certaine confusion chez les critiques et les praticiens de la réduction des méfaits en ce qui a trait à la signification de ce terme. Certains défenseurs de la réduction des méfaits considèrent que la réforme des lois interdisant la possession de drogues fait partie intégrante de la réduction des méfaits, tandis que d'autres ne sont pas de cet avis. Certaines personnes considèrent que l'emprisonnement des consommateurs de drogues pour possession simple est une forme de réduction des méfaits.

¹ Ce document de discussion de politique a été préparé par le Groupe de travail national sur les politiques du CCLAT, lequel est composé de Peter Conley, David Hewitt, Wayne Mitic, Christiane Poulin, Diane Riley, Robin Room, Ed Sawka, Eric Single (président) et John Topp. Les points de vue exprimés dans ce document ne reflètent pas nécessairement ceux des organismes auxquels sont associés les membres du Groupe de travail national sur les politiques.

² Dans les divers écrits, d'autres termes sont parfois utilisés de façon interchangeable lorsque l'on parle de réduction des méfaits, y compris « minimisation des méfaits », « réduction des risques » et « minimisation des risques ».

Les praticiens, tenants de l'approche de l'abstinence, peuvent également croire que leurs démarches visent à réduire les méfaits associés à l'abus de substances.

Comme nous le montrent ces exemples, la signification de la réduction des méfaits suscite beaucoup de confusion et manque de clarté conceptuelle. Établir une distinction entre la réduction des méfaits à titre d'objectif et la réduction des méfaits à titre de stratégie peut aider à clarifier le terme. De façon générale, tous les programmes et toutes les politiques en matière de drogues visent à réduire les méfaits causés par la consommation de drogues. À titre d'objectif général, la réduction des méfaits est un terme très générique. Presque tous les programmes et toutes les politiques en matière de drogues, y compris la criminalisation des consommateurs et les programmes axés sur l'abstinence, ont comme objectif la réduction des méfaits.

Dans le présent document, nous utilisons une définition plus spécifique de réduction des méfaits à titre de stratégie plutôt que la réduction des méfaits à titre d'objectif. En tant que stratégie spécifique, le terme réduction des méfaits repose sur des politiques et des programmes qui visent à réduire les méfaits associés aux drogues sans exiger l'abstinence. Ainsi définies, les stratégies de réduction des méfaits n'incluent pas les stratégies comme les programmes de traitement axés sur l'abstinence ou la criminalisation de la consommation de drogues illicites, même si ces politiques et programmes ont les mêmes objectifs à titre de stratégies visant la réduction des méfaits. En d'autres termes, tous les programmes et toutes les politiques en matière de drogues visent à réduire les méfaits associés aux drogues, mais ce ne sont pas toutes les politiques et tous les programmes ayant comme objectif la réduction des méfaits qui sont des stratégies de réduction des méfaits.

Les approches de réduction des méfaits se limitent aux stratégies qui visent d'abord à réduire les conséquences négatives de la consommation de drogues pour le consommateur, la communauté et la société, même si le consommateur continue de consommer, du moins pour le moment. Dans les approches de réduction des méfaits, la consommation des drogues est acceptée en tant que réalité, et l'accent est mis sur la réduction des méfaits pendant que la consommation continue. L'adoption d'une approche de réduction des méfaits pour traiter le problème de consommation de drogues d'une personne à court terme ne signifie pas que l'on exclut l'abstinence à plus long terme. En effet, les approches de réduction des méfaits constituent souvent les premiers pas vers une abstinence éventuelle. De nombreuses stratégies peuvent être utilisées pour régler les problèmes liés à la consommation de drogues, incluant, la réduction des méfaits et l'abstinence.

3. Caractéristiques de la réduction des méfaits

On retrouve l'essence de la réduction des méfaits dans l'énoncé suivant : « Si une personne n'a pas la volonté d'arrêter de consommer des drogues, nous devrions l'aider à réduire les méfaits causés à elle-même et aux autres »³. Les principales caractéristiques ou principes essentiels de la réduction des méfaits sont énoncés ci-dessous :

- *Pragmatisme* : La réduction des méfaits accepte qu'une certaine consommation de substances psychodysléptiques soit une caractéristique commune de l'expérience humaine. Elle reconnaît que, bien qu'elle comporte des risques, la consommation de drogues assure également au consommateur certains bienfaits qui doivent être pris en considération si l'on veut comprendre le comportement de consommation de drogues. D'un point de vue communautaire, la maîtrise et la réduction des méfaits associés aux drogues peuvent représenter une option plus pragmatique et réalisable que d'autres options visant à éliminer entièrement la consommation de drogues.
- *Valeurs humanistes* : La décision du consommateur de drogues de consommer des drogues est acceptée en tant que réalité. Cela ne signifie pas que l'on approuve la consommation de drogues. Aucun jugement moraliste n'est porté, que ce soit pour condamner ou pour appuyer la consommation de drogues, et cela

³ Ernst Buning, Présentation au panel sur la définition de la réduction des méfaits, 5^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, Toronto, 1993.

sans égard au niveau ou au mode de consommation. La dignité et les droits du consommateur sont respectés.

- *Accent sur les méfaits* : Le fait qu'une personne consomme des drogues ou la portée de la consommation *en soi* est d'une importance secondaire au risque de méfaits causés par la consommation. Les méfaits traités peuvent être liés à la santé, de même qu'aux facteurs sociaux, économiques ou autres ayant une incidence sur le consommateur, la communauté et la société dans l'ensemble. Ainsi, la priorité est de diminuer les conséquences négatives de la consommation de drogues pour le consommateur et les autres, et non de mettre l'accent sur la diminution de la consommation de drogues elle-même. La réduction des méfaits n'exclut pas et ne suppose pas que l'abstinence soit l'objectif de traitement à long terme. Dans certains cas, la réduction du niveau de consommation peut être un des moyens les plus efficaces de réduire les méfaits. Dans d'autres cas, des modifications au mode de consommation peuvent être plus efficaces.
- *Équilibre des coûts et des avantages* : On suit un certain processus pragmatique visant à déterminer, à mesurer et à évaluer l'importance relative des problèmes liés aux drogues, les méfaits connexes, de même que les coûts/avantages de l'intervention afin d'orienter les ressources vers les questions prioritaires. Le cadre d'analyse s'étend au-delà des intérêts immédiats des consommateurs afin d'inclure les intérêts de l'ensemble de la communauté et de la société. En raison de cette approche rationnelle, les approches de réduction des méfaits se prêtent théoriquement à l'évaluation des répercussions par rapport à certaines autres interventions, ou non. En pratique, de telles évaluations sont toutefois compliquées en raison du nombre de variables à examiner tant à court qu'à long terme.
- *Priorité des objectifs immédiats* : La plupart des programmes de réduction des méfaits établissent une hiérarchie d'objectifs, ayant comme priorité immédiate d'engager de façon proactive les consommateurs, les groupes cibles et les communautés afin de répondre à leurs besoins les plus pressants. Atteindre les objectifs les plus immédiats et les plus réalistes est habituellement perçu comme une des premières étapes menant à la consommation sans risque, ou, le cas échéant, à l'abstinence.

B. Exemples de politiques et de programmes de réduction des méfaits

1. Échange de seringues et disponibilité

Les programmes d'échange de seringues représentent, pour bon nombre de personnes, l'exemple même de l'approche de réduction des méfaits. Ces programmes ont été d'abord établis dans quelques pays de l'Europe au milieu des années 80, et à la fin de la décennie, ils étaient utilisés dans de nombreuses villes d'un bout à l'autre du monde. Le raisonnement qui sous-tend l'échange de seringues est le suivant : bon nombre de personnes qui utilisent actuellement des drogues injectables sont incapables ou n'ont pas la volonté d'arrêter, et les stratégies d'intervention doivent aider à réduire leur risque d'infection au VIH et de transmission aux autres. La prestation de seringues stériles est une façon simple et peu coûteuse de réduire le risque de propagation de l'infection au VIH. C'est également une façon d'assurer un contact avec les consommateurs de drogues grâce au travail de proximité. La stratégie est fondée sur une approche « connaissance et moyens » du changement de comportement : on communique aux consommateurs l'information sur les changements nécessaires, de même que les moyens visant à amener ces changements (seringues stériles, autres mesures et condoms).

Certains programmes d'échange procurent un travail de proximité, notamment, des voitures ou des travailleurs sur le terrain, qui apportent les services sur les lieux de consommation de drogues ou dans les maisons des consommateurs. À Amsterdam, les services de police offrent un service d'échange de seringues stériles. Les machines automatisées d'échange de seringues sont maintenant utilisées dans de nombreuses villes de l'Europe et de l'Australie. Ces distributeurs automatiques remettent une nouvelle seringue lorsqu'une seringue utilisée est déposée. Ces machines sont relativement peu coûteuses et accessibles 24 heures sur 24. Toutefois, les machines entraînent une diminution du contact personnel important entre les consommateurs de drogues et les travailleurs du domaine de la santé.

Des trousse de désinfection à l'eau de Javel (contenant un agent de blanchiment et les directives pour nettoyer l'équipement) peuvent être distribuées, ce qui représente une autre façon de rendre l'utilisation de drogues injectables moins dangereuse. Même si l'agent de blanchiment n'est pas totalement efficace pour éliminer le VIH et même s'il ne tue pas le pathogène qui cause l'hépatite, de telles trousse aident à réduire la probabilité d'une infection causée par l'échange de seringues souillées.

Au Canada, il existe actuellement plus de 100 sites pour l'échange de seringues, et ce nombre croît constamment. Dans nombre de provinces, les pharmaciens participent de plus en plus aux programmes d'échange de seringues. Nous avons maintenant la preuve évidente que la participation aux programmes d'échange de seringues et que l'augmentation de la disponibilité des seringues sont associées à une diminution des risques (p. ex., diminution du partage de seringues), de même qu'à une diminution des méfaits (p. ex., baisse des niveaux d'infection au VIH).

2. Programmes d'entretien à la méthadone

Même si on ne pense habituellement pas à l'Amérique du Nord quand il est question de réduction des méfaits, c'est aux États-Unis qu'on a vu naître une stratégie de réduction des méfaits très importante, soit les programmes d'entretien à la méthadone, lesquels ont commencé dans les années 60. Toutefois, bon nombre de programmes américains ont fait l'objet de critiques, n'étant pas en mesure d'offrir la souplesse et la diversité des services nécessaires à une approche et à une sensibilisation généralisées.

Aux Pays-Bas, la méthadone est utilisée à trois fins; pour entrer en contact avec les consommateurs d'héroïne, pour les stabiliser et pour les désintoxiquer et les traiter. En offrant de la méthadone sans trop d'obstacles, « programmes à faible seuil », il est possible d'entrer en contact avec une importante partie de la population qui consomme de l'héroïne. Par exemple, il existe un programme d'« autobus de méthadone » dans le cadre duquel des autobus distribuent de la méthadone dans l'ensemble de la communauté de consommateurs de drogues (aucune dose à emporter à domicile n'est remise). Les principaux désavantages des programmes offerts par les Pays-Bas semblent s'expliquer par le fait que les clients ne sont souvent pas gardés à des niveaux de méthadone suffisants pour prévenir la consommation d'héroïne et par le fait que les programmes n'offrent pas de moyens de recharge à la méthadone administrée par voie orale. Certains de ces problèmes ont été réglés dans quelques programmes régionaux de l'Angleterre, où la méthadone et d'autres drogues sont offertes par l'intermédiaire de cliniques, de même qu'en Suisse, grâce à un programme expérimental où l'on offre de l'héroïne et d'autres drogues.

Les mesures introduites pour combattre la propagation du SIDA en Australie incluaient notamment une expansion marquée des programmes d'entretien à la méthadone. Les critères d'admission à ces programmes ont également été modifiés de façon à ce qu'ils soient moins rigoureux, et un plus grand nombre de places ont été allouées au traitement des clients peu motivés à changer leur comportement de consommateurs de drogues. Ces changements aux programmes contre la possession de drogues ont été appuyés par des changements aux politiques nationales et régionales en matière d'abus de drogues qui accordent la plus grande priorité au confinement du VIH.

Au Royaume-Uni, en Europe et en Australie, on peut se procurer de la méthadone auprès des cliniques, de même qu'auprès des médecins généralistes qui offrent des soins de santé et des services de counseling. Dans un certain nombre de villes européennes, plus de 25 % de tous les médecins généralistes prescrivent de la méthadone. Les consommateurs récupèrent leur prescription auprès des pharmacies. Amsterdam, Barcelone, Francfort et d'autres villes distribuent de la méthadone par l'intermédiaire des autobus de méthadone ou des cliniques mobiles. Les programmes de substitution aux opiacés au Canada sont actuellement très limités, tant sur le plan de leur taille que sur le plan des options offertes aux consommateurs.

Les résultats de nombreuses études révèlent que l'entretien à la méthadone réduit la morbidité et la mortalité, diminue la participation des consommateurs à la criminalité, freine la propagation du VIH et

aide les consommateurs de drogues à regagner le contrôle de leur vie. Un des principaux facteurs du succès de la méthadone à titre de mesure de réduction des méfaits est qu'elle permet la réintégration des consommateurs dans la communauté plutôt que de les traiter comme des exclus ou des criminels. Les programmes d'entretien à la méthadone sont plus efficaces s'ils sont nombreux, accessibles et s'ils font preuve d'une certaine souplesse. L'expansion des programmes d'entretien à la méthadone devrait prendre en considération le besoin de tels programmes en prison, de même que les avantages d'offrir un traitement à la méthadone à titre de solution de rechange à l'emprisonnement et à d'autres formes de criminalisation.

3. Programmes d'éducation et de travail de proximité

Les programmes d'éducation sur les drogues axés sur la réduction des méfaits et ciblant les populations à risque élevé sont facilement accessibles dans un certain nombre de pays, y compris le Royaume-Uni, la Hollande et l'Australie. Toutefois, de tels programmes d'éducation demeurent extrêmement controversés et souvent non disponibles ailleurs. Même s'ils ne visent pas à faire la promotion de la consommation de drogues, ces programmes montrent aux consommateurs à réduire les risques associés à la consommation de drogues. Ils les renseignent notamment sur les pratiques d'injection sécuritaires. Dans certains pays, comme le Royaume-Uni, ces techniques sont enseignées par les infirmières dans les cliniques.

Dans plusieurs pays, les travailleurs de proximité interviennent auprès des consommateurs de drogues injectables et des prostituées qui courent un risque de devenir infectés par le VIH. Ces travailleurs distribuent des documents d'information, des seringues, des condoms et des trousseaux de désinfection des aiguilles à l'eau de Javel et aident les consommateurs à avoir accès à d'autres services.

4. Politiques d'application de la loi

Les approches de réduction des méfaits ont été adoptées par certaines autorités policières. Le service de police de Merseyside dans le nord-ouest de l'Angleterre a conçu une approche de réduction des méfaits connue sous le nom de « Responsible Demand Enforcement ». Ce service de police a mis au point une stratégie coopérative de réduction des méfaits avec la Régie régionale de la santé afin d'améliorer la prévention et le traitement des problèmes liés aux drogues, en particulier en ce qui a trait à la propagation de l'infection du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables. Les policiers sont représentés auprès des Comités consultatifs sur les drogues de la Régie de la santé et ont recours à des agents de la Régie de la santé pour dispenser des cours de formation policière touchant la question des drogues/du VIH. Ils ont également appuyé la Régie de la santé en acceptant de ne pas procéder à la surveillance des clients des programmes, en réacheminant vers les services les auteurs d'infractions relatives aux drogues qui ont été arrêtés, en ne pénalisant pas la possession de seringues devant être échangées et en appuyant publiquement l'échange de seringues.

Un des éléments les plus importants de la stratégie du service de police de Merseyside a été d'accorder la priorité à l'application de lois contre le trafic des drogues tout en utilisant une politique de « mise en garde » contre la consommation de drogues. Par « mise en garde », on entend raccompagner un délinquant au poste de police, confisquer la drogue en sa possession, faire un rapport sur l'incident et aviser officiellement le délinquant que toute autre possession illégale de drogues entraînera des poursuites en justice. Le délinquant doit également satisfaire à certains critères, notamment, ne pas avoir précédemment été condamné pour des raisons associées aux drogues et ne pas avoir de casier judiciaire lourd. Le délinquant est également renseigné sur les services de traitement dans le secteur, y compris les échanges de seringues. La première fois qu'un délinquant reçoit une mise en garde, il ne se voit pas attribuer de casier judiciaire. La deuxième et la troisième fois, le délinquant est envoyé devant les tribunaux où il reçoit habituellement une amende pour possession de petites quantités ou une sentence s'il est trouvé en possession de quantités importantes. Une fois que le toxicomane est enregistré auprès des organismes de service autorisés, alors il est légalement autorisé à avoir en sa possession des drogues à des

fins personnelles. L'objectif global de cette politique est de détourner les consommateurs de la criminalité et de l'emprisonnement possible. La mise en garde a été recommandée par le procureur général du Royaume-Uni à titre d'option appropriée pour la possession de cannabis. Depuis quelques années, l'approche s'applique aussi à l'ecstasy, aux amphétamines et à la cocaïne, de même qu'à l'héroïne.

Aux Pays-Bas, la police a longtemps appuyé les programmes de réduction des méfaits, incluant le fait de tolérer les ventes sur les lieux de cannabis dans certains cafés-restaurants. Les efforts déployés par les policiers sont concentrés sur les trafiquants à grande échelle et sur la mise en place d'un environnement sécuritaire et paisible. À Amsterdam, les postes de police remettront de nouvelles seringues sur échange. À Hambourg en Allemagne, l'élaboration récente d'une stratégie axée sur la réduction des méfaits a entraîné la mise en commun des efforts des policiers, des dirigeants du secteur de la santé et des groupes de consommateurs de drogues dans le but d'aider les consommateurs de drogues à avoir accès aux services sociaux.

Au Canada, l'approche générale envers la consommation de drogues a été la criminalisation bien que la déjudiciarisation des consommateurs en vue d'un traitement soit de plus en plus utilisée. Le fait de privilégier de plus en plus les services de police communautaire dans un certain nombre de villes pourrait permettre l'application de plus amples mesures de réduction des méfaits par les autorités locales chargées de l'application de la loi dans un proche avenir.

5. Prescription de drogues

Selon une tradition qui date du XIX^e siècle, les médecins du Royaume-Uni prescrivent des drogues aux consommateurs. Dans bon nombre de régions, les services sont offerts par des cliniques de pharmacodépendance (Drug Dependency Clinics) ou par des équipes communautaires en toxicomanie (Community Drug Teams). Ces services offrent des régimes de prescription assez souples, passant de la désintoxication à court terme à l'entretien à long terme. La majorité des clients reçoivent de la méthadone par voie orale, mais certains ont recours à l'injection de méthadone, d'autres à l'injection d'héroïne, et un petit nombre de personnes reçoivent des amphétamines, de la cocaïne ou d'autres drogues. Ces drogues sont fournies par les pharmaciens locaux.

Dans la région Mersey en Angleterre, les consommateurs peuvent également obtenir des prescriptions de drogues pouvant être fumées. Les consommateurs de drogues qui souhaitent délaisser les injections se retrouvent souvent incapables de changer leurs habitudes et d'opter immédiatement pour des prescriptions administrées par voie orale. Selon certaines preuves empiriques, les problèmes de santé liés aux drogues perçus par les services et les crimes d'acquisition ont diminué à la suite de la prestation de ces services. Le niveau d'infection au VIH chez les utilisateurs de drogues injectables dans la région Mersey est très faible.

La Suisse en est actuellement à procéder à une expérimentation nationale à grande échelle avec la prescription d'héroïne et d'autres drogues aux consommateurs. L'expérimentation a pour objectif de déterminer si la prescription légale d'héroïne ou d'autres drogues aux consommateurs réduira l'activité criminelle des consommateurs et leur risque de contracter et de propager le SIDA et d'autres infections. Le programme de la Suisse a commencé en janvier 1994 et a été lancé à partir de sites dans huit villes. Dans chaque ville, le programme offre l'hébergement, l'aide à l'emploi, le traitement de la maladie et des problèmes psychologiques, des seringues stériles et des services de counseling. Les consommateurs ont un contact régulier avec les travailleurs de la santé et les ressources offrant des traitements sur une base d'abstinence. Certains programmes ont commencé en donnant à certains utilisateurs de l'héroïne et à d'autres, de la morphine ou de la méthadone par injection. Les résultats ont toutefois révélé rapidement que la plupart des consommateurs préfèrent l'héroïne, laquelle est fournie jusqu'à trois fois par jour moyennant une légère redevance quotidienne. Deux programmes permettent aux clients de rapporter chaque soir à la maison quelques cigarettes imbibées d'héroïne. Les résultats d'un rapport préliminaire

diffusé en septembre 1994 suggèrent que l'entretien à l'héroïne est efficace, mais on ne dispose pas de données suffisantes pour tirer des conclusions au sujet de la cocaïne. Le programme n'a pas donné lieu à un marché noir d'héroïne détournée, et la santé des toxicomanes participant aux programmes s'est nettement améliorée. À partir de ces résultats préliminaires, les autorités en sont venues à la conclusion que l'héroïne cause très peu de problèmes lorsqu'elle est consommée de façon contrôlée et administrée dans des conditions hygiéniques. En se fondant sur ces constatations, le gouvernement suisse prévoit élargir le programme pour être en mesure d'accepter 1 000 consommateurs en 1995, 800 places étant réservées aux consommateurs d'héroïne et 100 places étant réservées pour les consommateurs de morphine et de méthadone injectable respectivement.

La Hollande amorcera l'essai d'entretien à l'héroïne en 1995 et plusieurs villes de l'Allemagne étudient la possibilité d'offrir des programmes similaires. Le Territoire fédéral de Canberra se prépare également à instaurer un programme d'entretien à l'héroïne.

Au Canada, les résultats d'un rapport sur la surdose de drogues rédigé par le coroner en chef de la Colombie-Britannique recommandent davantage de programmes d'entretien, et plusieurs organismes de santé publique travaillent avec les groupes communautaires afin de déterminer la faisabilité de programmes de prescription dans le cadre de leur stratégie visant à traiter des méfaits liés aux drogues dans cette province.

6. « Secteurs de tolérance »

Plusieurs villes européennes ont mis au point des installations connues sous le nom de « zones de tolérance », « salles d'injection », « salles de santé » ou « centres de contact », où les consommateurs de drogues peuvent se réunir et obtenir du matériel d'injection stérile, des condoms, des conseils et/ou des soins médicaux. Ces secteurs de tolérance sont souvent motivés par la réduction des méfaits, mais ils peuvent également servir à d'autres fins, notamment, le contrôle social et l'embellissement urbain. La majorité de ces endroits permettent aux consommateurs de maintenir leur anonymat. Certains sont en fait des endroits où les consommateurs de drogues, y compris les injecteurs, peuvent consommer des drogues dans un milieu relativement sécuritaire. Cette solution est considérée comme étant plus efficace que l'injection libre de drogues illicites dans des endroits publics ou que la consommation de drogues dans des « piqueries », qui ne sont habituellement pas hygiéniques et qui sont contrôlés par des trafiquants de drogues.

En Suisse, les premières salles de drogues ont été établies par des organismes privés à Berne et à Basel à la fin des années 80. À la fin de 1993, il y avait huit installations de ce type, principalement gérées par les dirigeants municipaux. Plusieurs autres villes des régions de la Suisse où on parle l'allemand ont ouvert des salles de drogues en 1994. Une évaluation de trois de ces installations à la suite de leur première année de fonctionnement a permis de démontrer qu'elles ont été efficaces dans la réduction de la transmission du VIH et du risque de surdose de drogues. Les salles de drogues font également partie de certains programmes offerts en Allemagne et au Royaume-Uni.

Les sites ouverts aux drogues ont commencé dans bon nombre de villes européennes vers la fin des années 80. Ils étaient souvent situés dans les zones centrales près des gares ferroviaires, dans les zones commerciales et les parcs. Aux Pays-Bas, il existe un site que l'on appelle « Plateforme zéro ». Il est situé à la gare ferroviaire de Rotterdam et est supervisé par le service de police. Parmi les services offerts, on compte l'échange de seringues et une unité mobile de distribution de méthadone. Rotterdam a également officiellement adopté une politique connue sous le nom d'arrangement pour les « trafiquants d'appartement ». Depuis l'adoption de cette politique, les policiers et procureurs évitent d'arrêter et de poursuivre les trafiquants qui ont un appartement, à condition qu'ils ne causent pas de problème pour leurs voisins. Cette approche et la « Plateforme zéro » font partie d'un plan de « voisinage sécuritaire »

dans le cadre duquel les résidents et les policiers travaillent ensemble pour garder leur voisinage propre, sécuritaire et sans « nuisance ».

Les zones de tolérance en public ont tendance à être instables et sont souvent de courte durée. Les premières tentatives de la Suisse qui visaient à instaurer un site ouvert aux drogues, le parc des seringues (Needle Park) de Zurich, est devenu ingérable et le parc a été fermé en 1992. La deuxième tentative a donné le même résultat et le site a été fermé en mars 1995.

À Francfort en Allemagne, les sites ouverts aux drogues sont apparus au cours des années 70 et ont donné lieu à la création de deux parcs adjacents dans les années 80, lorsque les policiers ont décidé que leurs tentatives précédentes qui visaient à éliminer ces sites n'avaient pas porté fruit. Trois centres de crise ont été établis près des sites ouverts aux drogues, de même qu'un service d'ambulance mobile visant à offrir l'échange de seringues et de l'aide médicale, et des cours de premiers soins aux consommateurs, en plus d'un autobus pour aider les prostituées. Les policiers ont maintenu leur politique de mise en état d'arrestation des trafiquants, mais ont instauré une nouvelle politique visant à tolérer un site ouvert aux drogues sur une superficie clairement définie d'un des parcs. Ces activités ont été menées grâce aux efforts déployés qui visaient à éloigner les consommateurs des sites ouverts aux drogues en leur fournissant un lieu d'hébergement et des centres de traitement à l'extérieur du centre-ville, et en 1992, le site du parc a été fermé. En 1993, on estimait que la police avait mené à une réduction considérable du nombre d'itinérants consommateurs de drogues, et du nombre de crimes et de décès liés aux drogues dans la ville.

La tolérance et la réglementation des sites ouverts aux drogues et des trafiquants qui ont un appartement sont des formes de contrôle similaires à celles que l'on utilise pour réglementer la prostitution illégale. Ces contrôles correspondent également à la philosophie des services de police communautaire. De plus, les résidents locaux sont particulièrement préoccupés par la sécurité et la tranquillité de leurs quartiers, et pas par la consommation de drogues en elle-même. Les travailleurs de la santé publique et des services sociaux sont d'avis qu'il est plus facile d'offrir des services lorsque les consommateurs de drogues sont facilement accessibles.

7. Politiques et programmes concernant l'alcool

La réduction des méfaits est une approche courante de la prévention et du traitement des problèmes d'alcool. Les programmes de prévention comme l'intervention du serveur et les programmes de conducteur désigné visent à réduire les méfaits associés à la consommation d'alcool sans nécessairement exiger l'abstinence. En ce qui a trait au traitement, les programmes de consommation d'alcool contrôlée visent à enseigner aux personnes qu'il est possible de consommer de l'alcool de façon modérée ou raisonnable. Un certain nombre de programmes ont été mis au point pour les buveurs qui éprouvent un problème d'alcool. Ces programmes ciblent les personnes dont la consommation d'alcool nuit sérieusement à leur vie, d'une façon telle qu'elle perturbe les relations avec les proches, qu'elle cause des préoccupations en lien avec la santé de même que la conduite avec facultés affaiblies.

8. Politiques et programmes concernant le tabagisme

Les approches de réduction des méfaits qui concernent les produits de nicotine visent à réduire les méfaits tant pour le consommateur que pour la personne qui est affectée par la fumée secondaire. Ces approches sont des plus diversifiées, allant des politiques contrôlant la fumée dans les endroits publics à la gomme à mâcher à la nicotine, en passant par le timbre à la nicotine. Les restrictions sur l'usage du tabac en public peuvent être considérées comme des mesures de réduction des méfaits visant à prévenir les effets indésirables de la fumée secondaire.

C. Enjeux

1. Comprendre les « méfaits »

Qu'est-ce qu'un méfait? Qui est touché? À quels méfaits liés aux drogues doit-on accorder la priorité? Dans les écrits, on retrouve un large éventail de méfaits. La plupart sont directement attribuables aux drogues et aux comportements liés à leur consommation. D'autres méfaits peuvent en fait être des conséquences non voulues résultant d'efforts pour prévenir la consommation de drogues. Ainsi, en pratique, il peut être très difficile de répondre à certaines questions comme celles qui suivent : Qu'est-ce qu'un méfait par rapport à un avantage? Pour qui? À quels méfaits devrait-on accorder la priorité et à quel moment des mesures devraient être prises?

Un autre sujet qui soulève des débats est la question de savoir si la dépendance constitue ou non un méfait *en soi*. Bon nombre de promoteurs de la réduction des méfaits ne perçoivent pas la dépendance comme la première priorité. Les intervenants dans les programmes axés sur l'abstinence perçoivent souvent ce sujet comme un aspect inacceptable de la réduction des méfaits.

La réduction des méfaits nécessite un cadre pour déterminer et évaluer les effets relatifs de la consommation de divers types de drogues. Ce cadre repose sur une certaine classification des effets, sur une certaine méthode pour dénombrer et établir les coûts et les résultats négatifs et positifs de la consommation de drogues et sur une base de données à partir de laquelle il sera possible de faire des évaluations comparatives des conséquences liées aux drogues pour différents types de drogues, de groupes cibles et de contextes. Les éléments d'un tel cadre existent sous forme fragmentaire seulement. Des estimations fiables pour les drogues autres que l'alcool et le tabac n'existent pas même au niveau national, encore moins sous une forme qui reflète les variations régionales ou communautaires. En l'absence de données objectives, une grande partie de la planification et de la prestation des programmes de réduction des méfaits a été basée jusqu'à ce jour sur l'évaluation subjective des risques et sur la priorité perçue des interventions.

2. Liens avec d'autres approches

Malgré l'importance accordée aujourd'hui à la réduction des méfaits, cette notion associée à la consommation de drogues a de longs antécédents. L'idée de minimiser les méfaits associés à la consommation de drogues constitue un élément caractéristique des politiques anglaises concernant les drogues en particulier depuis de nombreuses décennies, faisant surface à l'occasion puis s'estompant. Cette idée est fermement enracinée dans la pratique de la santé publique incluant la « prévention secondaire » auprès des groupes « à risque élevé ». Ainsi, la réduction des méfaits n'est ni une « nouvelle » approche ni une mesure « alternative » puisqu'elle est en fait le prolongement des approches actuelles et reconnues et qu'elle est axée sur ces approches.

Bon nombre de programmes axés sur la réduction des méfaits, comme l'échange de seringues, ont une origine plus récente. D'autres ont toutefois de longs antécédents reconnus. Les programmes d'entretien à la méthadone, par exemple, datent des années 60 et ont fait preuve de leur efficacité pour ce qui est d'aider les consommateurs de drogues à stabiliser et à normaliser leurs styles de vie et pour ce qui est de fournir à bon nombre d'entre eux les outils nécessaires à l'abandon des stupéfiants. Aider les personnes à prévenir les méfaits fait également partie intégrante du domaine lié à l'alcool depuis de nombreuses années; parmi les exemples, il y a la promotion de la consommation d'alcool responsable, les interventions visant la consommation d'alcool contrôlée, les mesures visant à éviter la conduite avec facultés affaiblies, de même que la promotion de boissons légèrement alcoolisées.

L'augmentation récente de l'intérêt à l'égard de la réduction des méfaits est liée en partie à une plus grande influence des approches axées sur la santé publique de la consommation de drogues et du SIDA.

La réduction des méfaits est étroitement liée à une perspective de santé publique grâce au partage des outils et des concepts communs. En particulier, la réduction des méfaits s'harmonise bien avec le cadre conceptuel de promotion de la santé, la minimisation des risques et des méfaits représentant une partie du vaste continuum de stratégies visant à promouvoir la santé et à éviter la maladie. Les deux approches sont axées sur l'importance de respecter les consommateurs et de les aider à accroître les occasions de maximiser leur santé, peu importe les circonstances. Ainsi, la réduction des méfaits, comme la promotion de la santé, cadre bien avec les approches qui mettent l'accent sur l'importance de comprendre les vastes facteurs déterminants de la santé et d'assurer des mesures efficaces pour le mieux-être de l'ensemble de la population.

En ce qui a trait aux approches juridiques, la réduction des méfaits *en soi* ne favorise pas un système de réglementation plus qu'un autre. L'enjeu est plutôt perçu comme un enjeu empirique que l'on doit régler en déterminant les meilleurs moyens de réglementer les drogues afin d'obtenir un équilibre dans la minimisation des méfaits pour le consommateur, la communauté et la société dans l'ensemble. Certains prônent que la réduction des méfaits équivaut à défendre la légalisation des drogues. Même si bon nombre de promoteurs de la réduction des méfaits favorisent la réforme des politiques concernant les drogues, la réduction des méfaits n'équivaut pas à la légalisation. En se fondant sur les exemples donnés précédemment, il est évident que certaines mesures peuvent être prises pour aider les consommateurs de drogues à consommer de façon moins dangereuse conformément aux lois actuelles.

3. Défis de la mise en pratique

Bon nombre d'organismes intéressés par les questions de santé et de toxicomanie au Canada demeurent ambivalents en ce qui a trait à la réduction des méfaits applicable à l'alcool et aux autres drogues. Certains considèrent que la réduction des méfaits s'approche davantage de la prévention primaire et de la réduction de la demande, évitant ainsi ses applications plus controversées. Dans le cas où un organisme souhaite mettre au point des approches de réduction des méfaits dans le cadre de ses programmes, un certain nombre de défis doivent être relevés.

Les stratégies de réduction des méfaits visent souvent à répondre aux besoins des groupes socialement marginaux ou controversés, comme les utilisateurs de drogues injectables, les détenus, les jeunes, les groupes désavantagés sur le plan social ou ethnoculturels. Un appui marqué de la réduction des méfaits dans l'un ou l'autre de ces contextes pourrait directement mener au domaine de la promotion des droits et du débat public à propos de questions sociales connexes, notamment, la pauvreté et les problèmes raciaux, et pourrait compromettre le soutien communautaire et des intervenants.

La réduction des méfaits a grandement influencé l'innovation des programmes. Cela pourrait encourager certains organismes à opter pour la réduction des méfaits. Par contre, certains organismes peuvent être hésitants à adopter cette approche puisqu'elle pourrait être contraire aux points de vue d'importants intervenants.

De plus, les stratégies de réduction des méfaits peuvent imposer certaines exigences particulières au personnel du domaine des toxicomanies formé selon le cadre traditionnel axé sur l'abstinence. Les membres du personnel peuvent devoir fonctionner avec des cadres de référence conflictuels ou se retrouver à essayer de rapprocher des objectifs de programme concurrents.

D. Considérations stratégiques

1. Une définition claire de réduction des méfaits

Dans l'élaboration de stratégies de réduction des méfaits, une définition claire de réduction des méfaits devrait être proposée dès le début. Il est important de préciser ce que signifie la réduction des méfaits afin d'être en mesure de la distinguer de ce qu'elle n'est pas. La définition suivante des stratégies de réduction des méfaits est suggérée : « Une politique ou un programme qui vise à réduire les conséquences néfastes de la consommation de drogues sur le plan social, économique et de la santé sans en exiger l'abstinence ».

2. Approche stratégique

On suggère aux praticiens et aux organismes de lutte contre les toxicomanies qui souhaitent adopter une approche de réduction des méfaits :

- de décider s'ils adoptent la réduction des méfaits à titre d'objectif de l'organisme ou à titre de stratégie du programme;
- de déterminer la place qui revient aux objectifs de réduction des méfaits dans leur vaste hiérarchie d'objectifs;
- de prendre en considération les points de vue et les rôles des principaux partenaires et intervenants dans la planification et la prestation du programme;
- de donner au personnel des directives sur le programme, une formation à cet égard, et de lui offrir un soutien dans les initiatives prévues de réduction des méfaits.

3. Priorités des programmes

L'innovation et l'élaboration continues des politiques et des programmes sur la réduction des méfaits sont nécessaires dans les domaines suivants :

- *Échange de seringues et disponibilité* : À titre d'élément clé de la prévention de la propagation du VIH par les utilisateurs de drogues injectables, des programmes d'échange de seringues devraient être établis au besoin. De tels programmes peuvent servir de point de référence pour la prestation d'autres services.
- *Programmes d'entretien à la méthadone* : Lorsque cela est nécessaire, les programmes d'entretien à la méthadone devraient être plus nombreux, souples et accessibles. Une telle expansion devrait prendre en considération le besoin de programmes d'entretien à la méthadone dans les prisons. Les programmes à faible seuil devraient être pris en considération à titre d'essai.
- *Programmes d'éducation et travail de proximité* : Des documents d'information fondés sur les principes de la réduction des méfaits devraient être élaborés pour des groupes cibles appropriés. On devrait accroître le nombre et la variété de programmes de sensibilisation à l'intention des utilisateurs de drogues injectables et d'autres groupes à risque élevé.
- *Politiques en matière d'application de la loi* : Les organismes d'application de la loi, les groupes communautaires et les consommateurs de drogues devraient collaborer à l'élaboration de programmes et de politiques de réduction des méfaits qui incluent des réponses équilibrées aux problèmes associés aux drogues dans les communautés canadiennes. Ces programmes et politiques incluraient certaines mesures comme le réacheminement des consommateurs accusés de possession simple d'une drogue vers les services d'aide.

4. Besoins de recherches et d'évaluations

Il est évident que nous avons besoin davantage de recherches afin :

- de déterminer les liens entre la consommation d'alcool et d'autres drogues et le large éventail des conséquences sociales et pour la santé;
- de déterminer plus adéquatement la prévalence de ces conséquences pour l'ensemble de la population;

- d'améliorer les méthodes et la base de données pour la tenue d'analyses sur les coûts-avantage et les coûts-efficacité;
- d'améliorer la base des études portant sur l'évaluation des politiques et des programmes pour orienter la prise de décisions;
- de déterminer la faisabilité de mener des expérimentations soigneusement contrôlées sur la prescription d'héroïne, de cocaïne et d'autres drogues aux consommateurs dépendants;
- de déterminer la faisabilité d'instaurer des chambres de drogues et d'autres « zones de tolérance » et de déterminer leur efficacité dans la réduction des méfaits associés aux drogues.



Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
75, rue Albert, pièce 300
Ottawa ON K1P 5E7
<http://www.ccsa.ca>