

POUR UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE

# Prévention EN TOXICOMANIE

Orientations  
et stratégie

*La réduction des méfaits chez les usagers de substances  
psychoactives : les actions évaluées*

POUR UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE

# PRÉVENTION EN TOXICOMANIE

O r i e n t a t i o n s  
e t s t r a t é g i e

*La réduction des méfaits chez les usagers de substances  
psychoactives : les actions évaluées*

DOCUMENT PRÉPARÉ POUR LE GROUPE DE TRAVAIL  
SUR LA PRÉVENTION DES TOXICOMANIES

**Lyne Chayer**, M.Sc.  
Agente de recherche

et

**James-Gill Larkin**, B.A., B. Sc.  
Agent de recherche et étudiant à la maîtrise

Sous la direction de

**Pauline Morissette**, Ph.D.  
Professeure agrégée  
École de service social

et

**Serge Brochu**, D. Ps.  
Professeur titulaire  
Directeur du Centre international de criminologie comparée

Université de Montréal

Novembre 1997

Édition produite par :

**Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications**

Des frais d'administration vous seront facturés lors de la livraison :  
5,00 \$ pour le premier exemplaire et 1,00 \$ pour chaque exemplaire additionnel.

Faites parvenir votre commande soit par télécopieur, au numéro : **(418) 644-4574**

soit par courriel à l'adresse suivante : **communications@msss.gouv.qc.ca**

soit par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**

**Direction des communications**

**1075, chemin Sainte-Foy, 16<sup>e</sup> étage**

**Québec (Québec)**

**G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Bibliothèque nationale du Canada, 2000

ISBN 2-550-35893-7

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

**LA RÉDUCTION DES MÉFAITS CHEZ LES USAGERS DE  
SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : LES ACTIONS ÉVALUÉES**

**ÉTUDE PRÉPARÉE POUR  
LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PRÉVENTION  
DES TOXICOMANIES\***

**Lyne Chayer, M. Sc.  
Agente de recherche**

**et**

**James-Gill Larkin, B.A., B. Sc.  
Agent de recherche et  
étudiant à la maîtrise**

**Sous la direction de**

**Pauline Morissette, Ph. D.  
Professeure agrégée  
École de service social  
Université de Montréal**

**et**

**Serge Brochu, D. Ps.  
Professeur titulaire  
et  
Directeur  
Centre international de criminologie comparée  
Université de Montréal**

**NOVEMBRE 1997**

---

\* Les auteurs désirent remercier le docteur Jacques Roy, membre du Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies, pour ses commentaires et pour les corrections apportées au texte.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
I – ORIGINE ET DÉFINITION DE LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS .....	5
ORIGINE .....	7
DÉFINITION .....	7
II – LES ACTIONS ÉVALUÉES .....	9
LA RÉDUCTION DES MÉFAITS EN MATIÈRE D’ALCOOL .....	11
Place à un nouveau message : lorsque vous consommez de l’alcool, évitez les problèmes .....	11
LA RÉDUCTION DES MÉFAITS EN MATIÈRE D’AUTRES DROGUES .....	13
LES PROGRAMMES D’ÉCHANGE DE SERINGUES .....	13
Les méthodes d’évaluation .....	13
Les grands constats des études évaluatives .....	14
Description détaillée des résultats .....	15
Le Canada .....	15
Les États-Unis .....	16
Contexte législatif .....	16
Les études d’impact .....	16
Les Pays-Bas .....	17
La Suisse .....	18
Le pays de Galles .....	18
L’Asie .....	19
Un autre type de programme .....	19
Les limites des études évaluant l’impact des programmes d’échange de seringues .....	20
Conclusion : l’efficacité des programmes d’échange de seringues .....	21
LES PROGRAMMES DE SUBSTITUTION À LA MÉTHADONE .....	22
Modalités pour un traitement efficace .....	22
Le modèle de Merseyside — Un programme intégré de réduction des méfaits .....	24
LA PRESCRIPTION CONTRÔLÉE DE STUPÉFIANTS .....	25
Description des résultats des études évaluatives .....	25
La Suisse .....	25
Le Royaume-Uni .....	26
Les Pays-Bas .....	28
Conclusion : l’efficacité des programmes de prescription de stupéfiants .....	29
CONCLUSION .....	31
BIBLIOGRAPHIE .....	35

## **INTRODUCTION**

La présente étude a été produite dans le cadre des travaux du Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies. Son objectif consiste à présenter les conclusions des écrits scientifiques ayant évalué les actions entreprises dans le domaine de la réduction des méfaits chez les usagers de substances psychoactives. Les programmes qui ont fait l'objet d'une analyse sont les programmes d'échange de seringues, de substitution à la méthadone et la prescription contrôlée de stupéfiants. De plus, nous avons cherché à déterminer l'état de la situation quant aux actions de réduction des méfaits entreprises à l'égard de l'alcool.

Les documents soumis pour fin d'analyse ont été répertoriés dans les banques de données *Sociofile*, *Medline*, *Psycinfo* et *Toxibase*. De plus, nous avons fait une recherche de documents au Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT), à partir du site Internet du Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et à la toxicomanie (CCLAT). Enfin, en vue de compléter la recherche documentaire, des spécialistes ont été contactés (M. Eric Single et M. Jean-Marie De Konick). Nous nous sommes limités aux recherches évaluatives et aux recensions des écrits liées à notre objectif.

Nous avons retenu comme définition de substance psychoactive toute drogue qui agit sur le système nerveux central et modifie la façon dont une personne pense, se sent ou agit (Heller et Robinson, 1994).

**I – ORIGINE ET DÉFINITION  
DE LA POLITIQUE  
DE RÉDUCTION  
DES MÉFAITS**

## ORIGINE

Bien que le concept de réduction des méfaits n'ait été utilisé que depuis quelques années, soit depuis les années 1980 (O'Hare, 1992), divers services ont par le passé mis en place des pratiques pouvant s'y apparenter. Tel est le cas notamment des cliniques spécialisées dans les maladies transmises sexuellement qui ont cherché à promouvoir des mesures préventives contre ces dites maladies ou des programmes de sensibilisation face à l'alcool au volant (Velleman et Rigby, 1990). Cependant, depuis l'apparition du VIH-SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, une conceptualisation plus claire du modèle de réduction des méfaits a été élaborée (Velleman et Rigby, 1990). Ainsi, non seulement le SIDA, mais également les effets de la prohibition des drogues (crimes violents, guerres de gangs, encombrement des prisons) et le constat de l'inefficacité des politiques de tolérance zéro figurent parmi les principaux éléments ayant suscité l'intérêt récent envers la réduction des méfaits (Riley, 1994).

## DÉFINITION

Parmi les écrits scientifiques concernant les substances psychoactives, de nombreux vocables sont employés pour décrire la réduction des méfaits. Cette terminologie inclut la prévention secondaire, la minimisation des risques, la réduction des risques et l'usage responsable de drogues (Newcombe, 1992; Velleman et Rigby, 1990). La définition la plus largement acceptée fait référence aux différentes stratégies cherchant à diminuer les conséquences négatives liées à la consommation et à l'abus de drogues et d'alcool (Marlatt et Tapert, 1993; Riley, 1994).

Cette approche repose en fait sur trois constatations centrales :

- 1) Les comportements excessifs apparaissent selon un continuum de risques; ces comportements passent d'un pôle où le niveau de risques est minimum à un pôle où les risques sont extrêmes.
- 2) Changer les comportements toxicomaniaques est un processus comportant plusieurs étapes, dont la dernière consiste en l'abstinence. Cependant, tout mouvement dirigé vers la réduction des méfaits, donc en amont de l'abstinence, si minime soit-il, est positif en soi.
- 3) L'objectif de sobriété ne s'applique pas à tous : certaines personnes connaissent des conditions de vie et des circonstances horribles, l'usage de drogues devenant un moyen de supporter cette réalité douloureuse (Marlatt, 1996; Westermeyer, 1996).

La politique de réduction des méfaits considère que la santé et le bien-être individuel sont les sources premières d'inquiétude; si certains individus sont incapables de changer leur comportement toxicomaniaque ou ne sont pas prêts à le faire, ils ne doivent pas se voir refuser des services d'aide en raison de cette absence de motivation (Westermeyer, 1996).

Dans une optique microsociologique, la réduction des méfaits peut se définir comme une approche par laquelle on tente de réduire ou de minimiser les dommages subis par un individu ou son entourage, et ce, par le passage d'un comportement à haut risque (e.g. partager le matériel d'injection) vers un comportement sécuritaire (e.g. ne plus partager le matériel ou cesser l'injection). En ce sens, la réduction des méfaits renvoie

à un large éventail de comportements et cherche à réduire les méfaits psychologiques, sociaux, légaux et physiques liés à l'usage ou à l'abus d'alcool et d'autres drogues (Velleman et Rigby, 1990).

D'un point de vue macrosociologique, ce concept se rapporte à la réduction ou à la minimisation des méfaits associés aux consommateurs de drogues — et à la société en raison de ses membres qui font usage de drogues — par des mesures légales, des politiques nationales et des changements d'attitudes sociales (Velleman et Rigby, 1990).

Selon Riley (1994), les répercussions qu'entraîne l'usage de drogues et que veut atténuer cette politique sont de trois ordres, soit sanitaire (physique et mental), social et économique, et celles-ci se manifestent à trois niveaux, c'est-à-dire individuel, communautaire et sociétal. Ainsi, il peut s'agir de réduire les cas de maladies, de décès, de misère sociale, de crime, de violence et de coûts économiques liés à l'usage de drogues (Riley, 1994).

L'approche de la réduction des méfaits peut de ce fait couvrir une large variété de domaines et se traduire par différents programmes et diverses techniques : les programmes d'échange de seringues pour les usagers de drogues par intraveineuse, le maintien à la méthadone chez les consommateurs d'opiacés, les méthodes de substitution à la nicotine pour les fumeurs, la consommation d'alcool contrôlée chez les personnes qui connaissent des problèmes en ce sens et les programmes visant une sexualité protégée pour prévenir le SIDA (Marlatt et Tapert, 1993).

Cette politique se démarque donc radicalement des politiques nord-américaines visant la réduction de la prévalence de l'usage de drogues ou ayant un objectif de tolérance zéro : la priorité de cette stratégie est de réduire les conséquences négatives liées à la consommation de drogues sans néanmoins impliquer que les usagers de ces substances cessent leur consommation (Hall et Mant, 1996; Riley, 1994; Velleman et Rigby, 1990). Par cet objectif, la politique de réduction des méfaits s'incorpore non seulement aux programmes de traitement en légitimant des objectifs thérapeutiques autres que l'abstinence, mais elle s'insère également, dans un cadre plus large, au sein d'une politique globale de santé publique (Hall et Mant, 1996).

Sur le plan du traitement, puisque très peu d'individus visent initialement l'abstinence totale, l'accent est mis sur l'élimination des conséquences négatives provoquées par des comportements de consommation; supprimer la consommation n'est la plus cible première et finale de l'intervention, laissant place à l'élimination, ou du moins à la réduction des problèmes associés à ce comportement (Boilard, 1993). Dans le cadre d'une politique globale de santé publique, la réduction des méfaits offre une approche alternative aux modèles traditionnels qui criminalisent, moralisent et médicalisent les problèmes de toxicomanie; il est reconnu que l'usage de drogues est une réalité, que cette réalité engage des comportements à risque, alors que la vision idéaliste d'une société sans drogue est loin de devenir une réalité (Marlatt, 1996). La réduction des méfaits vise donc, en matière de santé publique, à poursuivre un objectif plus réaliste de diminution des risques plutôt qu'à éliminer la consommation en soi. Puisque la consommation de drogues et d'alcool est présente et qu'il semble impossible de l'éliminer totalement, le modèle de la réduction de méfaits adopte une approche pragmatique consistant à limiter les dégâts de ces comportements lorsque ceux-ci deviennent excessifs et sources de problèmes.

En somme, « à l'opposé d'une guerre politico-judiciaire visant l'abstinence face à certaines drogues, on met d'avantage l'accent sur un combat socio-sanitaire visant à remplacer des pratiques dangereuses d'usages de drogues par d'autres plus acceptables socialement » (Brochu, 1995).

## **II – LES ACTIONS ÉVALUÉES**

## LA RÉDUCTION DES MÉFAITS EN MATIÈRE D'ALCOOL

Les évaluations des programmes de réduction des méfaits ont démontré qu'ils ont eu un effet positif sur la diminution de la propagation du VIH et d'autres maladies infectieuses (Single, 1997). Ces programmes aident également les toxicomanes à « fonctionner normalement » dans la société sans pour autant augmenter leur consommation de drogues. Par la suite, le concept de réduction des méfaits a été appliqué à d'autres domaines (drogues légales et illégales), mais sa mise en pratique dans le domaine de l'alcool est trop récente pour que des évaluations de programmes aient été produites à ce jour, à l'exception d'une brève revue de littérature effectuée par Hawks et Lenton (1995, voir ci-après) (Landau, 1996; Single, 1997; Williams, 1995). Malgré cet inconvénient, nous pouvons quand même circonscrire le concept de la réduction des méfaits au champ de l'alcool dont voici quelques exemples : la réduction de l'apport d'alcool chez les consommateurs (produits à basse teneur en alcool), la formation du personnel dans les bars (sensibilisation à l'état d'ébriété des clients), l'ouverture des SAQ du centre-ville plus tôt le matin afin d'éviter que les sans-abri alcooliques consomment des produits toxiques contenant de l'alcool (par exemple, de la cire à chaussure), des meubles rembourrés dans les bars, des verres spéciaux qui cristallisent au lieu d'éclater lorsqu'ils brisent (Single, 1997) et, en Australie depuis quelques années afin de décriminaliser l'état d'intoxication dans les lieux publics, des centres de « désenivrement » (*Sobering-up Centres*) (Hawks et Lenton, 1995).

Puisque l'Australie avait adopté une politique nationale de réduction des méfaits en 1985, les chercheurs australiens Hawks et Lenton (1995) ont effectué une revue de littérature afin de répondre à la question : quels sont les programmes ou les interventions efficaces? Ils sont d'avis qu'il y a peu de programmes ou interventions, axés vers la prévention ou le traitement, qui peuvent affirmer leur efficacité sans équivoque. Hawks et Lenton (1995) ont aussi inclus des programmes ou interventions prometteurs même si leur efficacité n'avait pas été certifiée. Parmi les interventions jugées efficaces en matière d'alcool (réduction des méfaits sur les routes), ils ont trouvé que les deux meilleures stratégies étaient, d'une part, les barrages routiers effectués au hasard et, d'autre part, l'abaissement du taux légal d'alcoolémie (par exemple, tolérance zéro pour les conducteurs novices ou en sursis) (Beel et Stockwell, 1993; Brooks et Zaal, 1993; Homel, 1990; Hornel, 1993; Moloney, 1993; Traffic Board of Western Australia, 1989; Wood et McLean, 1991, tous dans Hawks et Lenton, 1995). Ils soulignent également que les produits à basse teneur en alcool, l'indexation du prix de la bière, une mise en pratique plus large des dépistages précoces, des interventions minimales pour tout problème relié aux toxicomanies ainsi que des campagnes de sensibilisation à la consommation responsable ont probablement tous une incidence dans la réduction des méfaits.

### **Place à un nouveau message : lorsque vous consommez de l'alcool, évitez les problèmes**

Par ailleurs, le message de prévention d'Éduc'alcool que nous entendons depuis quelques années est celui de « La modération a bien meilleur goût » (l'équivalent français de *drinking less is better*). Le message de réduction des méfaits, lui, serait : **lorsque vous consommez de l'alcool, évitez les problèmes**. Ce message est différent parce qu'il met l'accent sur la diminution des risques et de la gravité des conséquences négatives d'une consommation abusive (par exemple, en consommant des produits à basse teneur en alcool), sans pour autant viser à réduire le niveau de consommation (Single, 1997). Comme

l'intoxication demeure un comportement à risque très courant, cela devrait attirer l'attention des personnes qui rédigent des politiques et des promoteurs de la santé publique (Stockwell *et al.*, 1996).

En ce qui a trait au succès de l'approche de réduction des méfaits, il n'est pas mesuré par l'abstinence ou un niveau de consommation approprié, mais par le fait que des **conséquences négatives pourront être évitées**. Ainsi, au lieu d'avoir comme objectif de prévention la consommation individuelle d'alcool, les programmes de prévention devraient mettre l'accent sur les **occasions** d'un boire abusif (Landau, 1996; Single, 1997; Stockwell *et al.*, 1996) en établissant des **limites de consommation sécuritaire** et en recommandant **d'éviter l'enivrement** ou d'autres comportements problématiques. Selon Single (1997), c'est l'approche la plus efficace.

Ici au Québec, l'impact du service de raccompagnement offert par l'Opération Nez Rouge sur la mortalité et la morbidité par traumatismes routiers est encore mal connu en raison de problèmes méthodologiques (Lavoie et Godin, 1995). Toutefois, selon des calculs approximatifs, ce service permettrait de prévenir environ 2 % des accidents de la route avec ou sans dommages corporels qui surviennent en décembre, au moment où il est disponible (Lavoie, Morin, Bouchard et Lee-Gosselin, 1993, dans Lavoie et Godin, 1995).

En somme, le concept de réduction des méfaits appliqué au champ de l'alcool en est à ses débuts et c'est pourquoi les évaluations n'ont pas été produites à ce jour<sup>1</sup>. Cela s'avère aussi vrai dans le domaine de l'intervention clinique, où, bien que ce concept ait été à l'occasion critiqué, il n'a pas été évalué. Néanmoins, certains chercheurs, tel Single (1997), sont optimistes quant à l'avenir de l'application de ce concept au domaine de l'alcool.

---

1. Mentionnons qu'à Amsterdam, à l'institut Jellinek, il existe depuis deux ans un programme de réduction des méfaits spécifiquement pour les clients alcooliques à rechutes (un programme de désintoxication de court séjour afin d'éviter les crises et une dégradation de leur état physique, psychique ou social). Hurkmans (1997) rapporte que depuis l'instauration de ce programme, deux tiers des clients présentaient, d'une part, moins de crises et, d'autre part, des améliorations dans leur santé physique et sociale. Malheureusement, nous n'avons pas de détails sur la méthodologie de l'étude.

## LA RÉDUCTION DES MÉFAITS EN MATIÈRE D'AUTRES DROGUES

### LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES

Le partage de seringues contaminées chez les usagers de drogues injectables (UDI) constitue un facteur fortement associé à l'expansion du VIH/SIDA au sein de cette sous-population (Des Jarlais *et al.*, 1995; Riley, 1993; Ross *et al.*, 1994). En ce sens, les programmes d'échange de seringues sont devenus une composante majeure des stratégies visant la prévention du VIH/SIDA, et ce, dans une optique de réduction des méfaits (Des Jarlais et Case, 1992; Paone *et al.*, 1995b). Ces programmes reposent sur le postulat selon lequel les usagers de drogues injectables utilisent des seringues usagées parce que les seringues stériles sont difficiles à obtenir (Keene *et al.*, 1993). De plus, ces programmes reconnaissent que certains UDI sont incapables de cesser de s'injecter des drogues ou ne sont pas prêts à le faire; dans ces cas, l'intervention doit chercher à réduire les risques d'infection au VIH (Riley, 1993).

Le premier programme d'échange de seringues a vu le jour à Amsterdam en 1984 (Buning, van Brussel et van Santen, 1992; Marlatt et Tapert, 1993; Paone *et al.*, 1995b). Au Canada, des sites d'échange de seringues ont été ouverts non officiellement à Toronto en 1987 (Riley, 1993) et officiellement en 1989 à Vancouver (Kent, 1996; Riley, 1993).

Les programmes d'échange de seringues offrent des services multiples tels que l'éducation quant à la réduction des risques associés au VIH/SIDA, le renvoi à des services de traitement, l'offre de consultations, le dépistage du VIH et de la tuberculose, l'organisation de groupes d'entraide, la distribution de javellisant et, bien entendu, l'échange de seringues (Des Jarlais et Friedman, 1993; Paone *et al.*, 1995b; Watters *et al.*, 1994). En fait, ces services supplémentaires offerts par l'entremise des programmes d'échange de seringues sont considérés, tant par le personnel de ces programmes que par les chercheurs qui les ont étudiés, comme un aspect essentiel lié à leur succès (Paone *et al.*, 1995b).

Les programmes d'échange de seringues prennent diverses formes : certains offrent leurs activités à partir de sites fixes, d'autres vont rejoindre leur clientèle dans son environnement habituel, notamment dans les piqueries, alors que certains programmes sont offerts parmi les services du réseau de la santé (Centre québécois de coordination sur le sida, 1994).

#### Les méthodes d'évaluation

Plusieurs études ont tenté de déterminer l'impact des programmes d'échange de seringues. Cependant, les méthodes préconisées en vue de parvenir à cette fin varient selon les diverses études; il devient donc difficile de comparer les résultats de ces recherches et d'estimer le niveau spécifique de réduction des comportements à risque (Paone *et al.*, 1995b). Les méthodes d'évaluation des programmes d'échange de seringues se fondent généralement sur des statistiques telles que le nombre de participants au programme, la quantité d'équipement distribué, le taux de retour des seringues, les changements auto-révélés quant au partage de seringues, les services supplémentaires offerts ou le taux d'admission à des programmes de traitement (Schwartz, 1993). Certaines études mesurent les comportements à risque avant et après la participation aux programmes d'échange de seringues, d'autres comparent les comportements à risque des

participants aux comportements d'autres groupes d'UDI (Paone *et al.*, 1995b). Une autre méthode d'évaluation consiste à comparer les taux de séropositivité et de SIDA selon qu'il y ait présence ou non de programmes d'échange de seringues (Schwartz, 1993).

## Les grands constats des études évaluatives

Malgré cette diversité des mesures évaluatives utilisées dans les recherches cherchant à déterminer l'impact des programmes d'échange de seringues, certains constats peuvent être tirés des écrits scientifiques :

- 1- Les programmes d'échange de seringues ne contribuent pas à une augmentation de la fréquence d'usage de drogues ou à une augmentation de la fréquence d'injection (Buning, van Brussel et van Santen, 1992; Des Jarlais *et al.*, 1994; Hankins *et al.*, 1993; **Kent, 1996<sup>2</sup>; Marlatt et Tapert, 1993; Ministère du Bien-être, de la Santé, de la Culture et Ministère de la Justice des Pays-Bas, 1992; Paone *et al.*, 1995a; Paone *et al.*, 1995b; Peak *et al.*, 1995; Riley, 1993; Schwartz, 1993; U.S. General Accounting Office, 1993; van de Wijngaart, 1991; Watters *et al.*, 1994).**
- 2- Les programmes d'échange de seringues ne facilitent pas l'initiation de nouveaux consommateurs à l'usage de drogues sous forme d'injection (**Des Jarlais et Case, 1992; Des Jarlais et Friedman, 1993b; Hankins *et al.*, 1993; Marlatt et Tapert, 1993; Paone *et al.*, 1995b; Schwartz, 1993; van de Wijngaart, 1991; Watters *et al.*, 1994).**
- 3- Les programmes d'échange de seringues permettent de rejoindre un grand nombre d'UDI, dont une majorité n'ayant jamais été en contact avec d'autres services d'aide (**Riley, 1993; Schwartz, 1993; U.S. General Accounting Office, 1993; Watters *et al.*, 1994).**
- 4- Les programmes d'échange de seringues permettent aux participants de réduire leurs comportements à risque, notamment le partage de seringues usagées, et de ce fait, ils peuvent permettre de diminuer les risques chez les UDI de contracter le VIH (**Bruneau et Côté, 1990; Buning, van Brussel et van Santen, 1992; Burris *et al.*, 1996; Centre québécois de coordination sur le sida, 1994; Des Jarlais et Case, 1992; Des Jarlais et Friedman, 1993a; Des Jarlais et Friedman, 1993b; Des Jarlais *et al.*, 1995; Gervasoni *et al.*, 1996; Hankins *et al.*, 1993; Keene *et al.*, 1993; Kent, 1996; Marlatt et Tapert, 1993; Ministère du Bien-être, de la Santé, de la Culture et Ministère de la Justice des Pays-Bas, 1992; Paone *et al.*, 1995a; Paone *et al.*, 1995b; Peak *et al.*, 1995; Riley, 1993; Schwartz, 1993; U.S. General Accounting Office, 1993; Watters *et al.*, 1994).**
- 5- Les programmes d'échange de seringues, lorsqu'ils offrent des services supplémentaires, peuvent faciliter l'accès à des services de désintoxication et de traitement (**Bruneau et Côté, 1990; Centre québécois de coordination sur le sida, 1994; Des Jarlais et Case, 1992; Des Jarlais et Friedman, 1993b; Gervasoni *et al.*, 1996; Schwartz, 1993; U.S. General Accounting Office, 1993).**

---

2. Les sources inscrites en caractère gras représentent celles qui se sont basées sur une recension des écrits scientifiques en vue d'affirmer le constat alors que les autres sont des contributions originales.

6- Plusieurs participants aux programmes d'échange de seringues distribuent des seringues stériles à d'autres UDI n'étant pas en contact avec ce type de service, augmentant ainsi la portée de ces programmes (Des Jarlais *et al.*, 1995; Paone *et al.*, 1995b; Schwartz, 1993; Watters *et al.*, 1994).

## Description détaillée des résultats

À la suite de cette présentation des principaux constats tirés des écrits scientifiques ayant cherché à déterminer l'impact des programmes d'échange de seringues, ces études évaluatives seront analysées de façon plus précise dans les paragraphes qui suivent.

### **Le Canada**

Deux études canadiennes évaluant l'impact des programmes d'échange de seringues ont été recensées pour fin d'analyse. Kent (1996), qui décrit les stratégies de réduction des méfaits préconisées en Colombie-Britannique, fait un bref survol de l'impact du programme d'échange de seringues implanté à Vancouver en 1989. Ainsi, le taux de retour des seringues distribuées par ce programme est de 102 %<sup>3</sup>, taux le plus élevé en Amérique du Nord (Kent, 1996). De plus, Kent (1996) souligne que le pourcentage de participants au programme ayant contracté le VIH/SIDA est inférieur aux taux de séroprévalence et de SIDA des participants aux programmes d'échange de seringues des autres grandes villes canadiennes.

L'impact du projet-pilote d'intervention CACTUS-Montréal a été évalué en 1993 par Hankins *et al.* (1993). Cet organisme cherche à réduire la transmission du VIH chez les UDI de Montréal. Ainsi, CACTUS-Montréal offre, par l'entremise d'un site fixe situé au centre-ville de Montréal, des services d'information et d'éducation sur le VIH/SIDA, du matériel de prévention (condoms, trousse de nettoyage de seringues, eau de Javel), un service d'échange de seringues de même que des services de counselling, de consultation et de référence médicale (Hankins *et al.*, 1993).

Dans leur évaluation du projet, Hankins *et al.* (1993) ont entre autres cherché à détecter les changements de comportements parmi la clientèle régulière du projet de janvier 1990 à juillet 1991 et à comparer ces comportements à ceux révélés par la clientèle d'UDI en juillet et août 1989, période correspondant aux deux premiers mois de fonctionnement du projet. Durant la période de 18 mois, 30 % des sujets interrogés ont indiqué avoir emprunté une seringue usagée au cours des sept derniers jours contre 89 % lors des deux premiers mois de fonctionnement de CACTUS (Hankins *et al.*, 1993). D'autre part, toujours durant cette période de 18 mois, 73 % des sujets interrogés ayant emprunté des seringues usagées les nettoyaient avec de l'eau de Javel contre 42 % à l'ouverture de CACTUS (Hankins *et al.*, 1993). Ces résultats illustrent qu'il y a bien eu une modification des comportements à risque chez les clients réguliers du site fixe de CACTUS-Montréal.

---

3. Ce taux de plus de 100 % s'explique par le fait que le programme reçoit des seringues usagées provenant d'autres sources d'approvisionnement.

## **Les États-Unis**

### *Contexte législatif*

Aux États-Unis, les programmes d'échange de seringues évoluent dans un contexte légal particulier puisque 46 États ont en vigueur des lois restreignant la possession ou la distribution d'équipement servant à l'usage de drogues illicites (Burris *et al.*, 1996). Ces lois font en sorte que des prescriptions sont requises pour l'achat de matériel d'injection et criminalisent la possession de matériel servant à l'injection de drogues illicites (Des Jarlais *et al.*, 1995). Ainsi, plusieurs programmes sont opérés dans l'illégalité bien que certaines juridictions locales les permettent, sans qu'ils ne reposent toutefois sur des bases légales clairement définies (Burris *et al.*, 1996).

### *Les études d'impact*

Des Jarlais *et al.* (1994) ont voulu déterminer les tendances quant aux comportements à risque relativement au SIDA de même qu'au regard des taux de séroprévalence chez les UDI de la ville de New York de 1984 à 1992. Par cette analyse, les auteurs ont voulu connaître l'impact des programmes de prévention du SIDA, dont font partie les programmes d'échange de seringues. Il convient de souligner que la ville de New York a connu une forte épidémie de VIH chez les UDI, le virus s'étant introduit dans cette ville au milieu des années 1970 pour se propager dramatiquement jusqu'en 1983-1984, années où les taux de séroprévalence chez les UDI se sont graduellement stabilisés; les UDI de la ville de New York représentent 10 % des cas de SIDA aux États-Unis (Des Jarlais *et al.*, 1994).

En vue de répondre à leurs objectifs, Des Jarlais *et al.* (1994) ont interrogé, en centre de désintoxication, 141 UDI en 1984, 974 UDI entre 1990 et 1992 et 138 UDI en 1993. Bien que les taux de séropositivité soient demeurés stables au cours de ces différentes périodes, les auteurs ont observé plusieurs changements dans les comportements de ces UDI en réponse aux programmes de prévention du SIDA. Ainsi, une plus faible proportion de répondants s'injectaient des drogues dans des *shooting galleries* (65 % en 1984 vs 3 % en 1990-1992), un contexte fortement à risque associé au partage de seringues. Depuis l'ouverture des programmes d'échange de seringues à New York en 1990, Des Jarlais *et al.* (1994) ont observé une augmentation constante de l'utilisation de ces programmes et une baisse simultanée du nombre d'UDI partageant des seringues. Des Jarlais *et al.* (1994) concluent que le fait de rendre des seringues stériles accessibles aux UDI permet de réduire les comportements à risque face au SIDA. La stabilisation des taux de séroprévalence chez les UDI de New York et l'augmentation des pratiques sécuritaires chez cette population sont les deux principaux éléments sur lesquels se fondent Des Jarlais *et al.* (1994) pour émettre cette conclusion.

Watters *et al.* (1994) ont pour leur part fait une évaluation des programmes d'échange de seringues à San Francisco par l'entremise des rapports de ces programmes, d'enquêtes portant sur l'usage de drogues et en interrogeant 5 644 UDI recrutés en centre de désintoxication et sur la rue. Les variables utilisées par les auteurs ont été le nombre de clients, la fréquence des visites, les sources d'approvisionnement en seringues, les changements auto-révélés dans la fréquence d'injection (de 1987 à 1992), les changements dans la distribution de l'âge (de 1987 à 1992), la proportion de répondants s'étant initiés l'année

précédente à l'injection de drogues (de 1989 à 1992) de même que la fréquence d'échange et de partage de seringues.

Watters *et al.* (1994) ont observé une augmentation significative du nombre de seringues échangées et d'échanges secondaires (lorsque des participants distribuent des seringues à d'autres UDI). Le pourcentage d'UDI participant aux programmes d'échange de seringues a également augmenté au cours des années d'observation, alors que le partage de seringues a pour sa part diminué. Watters *et al.* (1994) ont également découvert que les programmes d'échange de seringues constituaient la source première d'approvisionnement en seringues chez les UDI. Ces résultats, de même que ceux d'une étude de Guydish *et al.* (1992) révélant que 7 % des seringues récupérées par les programmes d'échange de seringues de San Francisco sont contaminées par le VIH, conduisent Watters *et al.* (1994) à conclure que ces programmes sanitaires sont très prometteurs.

Certains facteurs de protection face au partage de seringues ont été identifiés par les auteurs : le fait d'être plus âgé, de participer aux programmes d'échange de seringues, d'être de nationalité afro-américaine, de faire un usage constant du condom, de nettoyer régulièrement le matériel d'injection avec du javellisant et de s'être déjà soumis à un test de dépistage du VIH (Watters *et al.*, 1994). En contrepartie, Watters *et al.* (1994) ont identifié le fait d'être un usager de cocaïne par injection comme un facteur de risque relié au partage de seringues.

### **Les Pays-Bas**

C'est à Amsterdam que le premier programme d'échange de seringues fut implanté (Buning *et al.*, 1992; Marlatt et Tapert, 1993; Paone *et al.*, 1995b). En fait, depuis 1984, la politique de la ville d'Amsterdam en matière de drogues cherche, lorsque les toxicomanes échouent dans la voie de la désintoxication, à limiter les dommages physiques et psychiques chez l'individu (Ministère des Affaires sociales, de la Santé, de la Culture et Ministère de la Justice des Pays-Bas, 1992). Ainsi, en vue de prévenir la propagation du VIH, un contact est établi avec le plus grand nombre de toxicomanes possible et de l'information leur est fournie sur une utilisation de drogues et des rapports sexuels sans risque. Dans le but que les toxicomanes changent leurs comportements à risque, on leur distribue gratuitement ou à très bas prix des seringues propres et des préservatifs, directement ou à proximité des lieux où ils se rassemblent (Ministère des Affaires sociales, de la Santé, de la Culture et Ministère de la Justice des Pays-Bas, 1992; Riley, 1993).

Le programme d'échange de seringues d'Amsterdam a fait l'objet d'une évaluation en 1988 (Buning *et al.*, 1992). Des entrevues ont été réalisées auprès de 148 UDI; les comportements d'UDI ne participant pas ou participant irrégulièrement au programme d'échange de seringues ont été comparés aux comportements d'UDI qui y participaient régulièrement (Buning *et al.*, 1992). Il ressort de cette évaluation que 9 % des participants au programme d'échange de seringues ont partagé des seringues contre 22 % des non-participants (Buning *et al.*, 1992; Ministère des Affaires sociales, de la Santé, de la Culture et Ministère de la Justice des Pays-Bas, 1992). Dans l'étude de suivi, ces résultats ont été confirmés (Buning *et al.*, 1992). Près de la moitié des personnes ayant partagé des seringues ont indiqué l'avoir fait uniquement en compagnie de leur partenaire sexuel (Buning *et al.*, 1992).

## **La Suisse**

En 1991, le Conseil fédéral de la Suisse formulait une stratégie visant à réduire les problèmes liés à la consommation de drogues illicites et comportant quatre éléments, soit la répression, la prévention, le traitement et la réduction des dommages (Gervasoni *et al.*, 1996). En 1996, une évaluation globale de ces mesures a été produite par Gervasoni *et al.* (1996). Le volet de la réduction des méfaits s'est concrétisé par des projets favorisant l'insertion sociale des consommateurs de drogues (logement et accueil de jour à bas seuil d'accès, réinsertion professionnelle, travail de rue, aide aux femmes s'adonnant à la prostitution), par des projets-pilotes de prévention du SIDA s'adressant à des consommateurs de drogues qui se prostituent, par des centres à bas seuil où l'on peut se procurer du matériel d'injection stérile et des préservatifs et par l'entremise d'établissements pénitentiaires mettant du matériel de désinfection à la disposition des détenus (Gervasoni *et al.*, 1996).

L'évaluation de ces différentes mesures illustre que le nombre de consommateurs de drogues en contact avec ces services de réduction des méfaits a fortement augmenté, bien que la proportion d'utilisateurs éprouvant de graves problèmes d'insertion sociale demeure importante (Gervasoni *et al.*, 1996). D'autre part, depuis l'implantation des services où du matériel d'injection stérile est disponible, une diminution du partage de seringues a été constatée, sauf dans les régions où les seringues sont moins accessibles (Gervasoni *et al.*, 1996). Enfin, l'évaluation conduite par Gervasoni *et al.* (1996) révèle qu'en 1989, avant la mise en place de ces mesures, les taux de séroprévalence chez les usagers de drogues rapportés dans les études suisses s'établissaient autour de 20 % alors qu'en 1993-1994, ces taux se situaient entre 10 et 15 %.

## **Le pays de Galles**

Des programmes d'échange de seringues ont été implantés dans le pays de Galles en 1990 (Keene *et al.*, 1993). Malgré que les taux de séroprévalence soient très bas dans cette région de l'ouest de l'Angleterre, des efforts ont été entrepris en vue de prévenir une propagation potentielle de l'infection au VIH chez les UDI. Une évaluation de l'implantation de ces projets d'échange de seringues et de leur impact sur les comportements des groupes ciblés a été conduite par Keene *et al.* (1993); cette évaluation couvre la période de 1990 à 1991 et se fonde sur la comparaison des comportements des clients des programmes aux comportements d'UDI n'étant pas en contact avec ceux-ci.

Les résultats démontrent qu'en 1991, près de la moitié des participants (47 %) et des non-participants (46 %) font l'achat de seringues dans des pharmacies. Les non-participants étaient plus susceptibles d'obtenir des seringues de leurs amis que les participants aux programmes. Des différences significatives entre les deux groupes d'UDI ont été décelées par Keene *et al.* (1993) quant au partage de seringues. Ainsi, en 1991, 10 % des participants avaient partagé des seringues au cours du mois précédent comparativement à 39 % des non-participants. Ce pourcentage de partage de seringues chez les participants aux programmes d'échange de seringues du pays de Galles est le plus bas de ceux rapportés dans les études du Royaume-Uni (Keene *et al.*, 1993). Les raisons invoquées par les UDI interrogés pour expliquer qu'ils aient partagé des seringues étaient le manque d'argent pour nettoyer l'équipement, le fait que la pharmacie était fermée ou se situait trop loin, que l'utilisateur avait manqué le programme d'échange de seringues, que l'utilisateur était le seul à posséder de l'équipement, le fait d'être en état d'intoxication et le fait d'être en prison (Keene *et al.*, 1993). Une proportion similaire de participants et de non-participants

nettoyaient leur équipement avant de partager des seringues (86 % des participants et 85 % des non-participants). Keene *et al.* (1993) soulignent que les services de distribution de seringues se retrouvent dans les régions urbaines du pays de Galles, ce qui rend difficile l'approvisionnement en seringues stériles pour les UDI des régions rurales.

## **L'Asie**

En Asie, d'importantes épidémies d'infection au VIH chez les UDI se sont déclarées depuis la fin des années 1980 (Peak *et al.*, 1995). Bien que les initiatives entreprises en vue de ralentir cette propagation du VIH aient en grande partie été de nature répressive, un programme de réduction des méfaits a également été mis sur pied en 1991 à Katmandou, la capitale du Népal (Peak *et al.*, 1995). Ce programme offre à sa clientèle l'échange de seringues, la distribution d'eau stérilisée, de condoms et de javellisants, des services d'éducation, de counselling et des soins de santé. Une évaluation de ce programme a été entreprise de 1991 à 1994 par Peak *et al.* (1995), qui ont réalisé des entrevues et recueilli des échantillons de sang auprès de 586 participants au programme.

Les résultats de cette étude évaluative recueillis sur une période de quatre ans démontrent que les comportements d'injection sécuritaires ont augmenté avec le temps chez les participants, plus particulièrement chez ceux qui ont été le plus longtemps en contact avec le programme (Peak *et al.*, 1995). Ainsi, il y a eu une diminution de la fréquence du partage d'équipement servant à l'injection puisqu'en 1991, cette fréquence se situait à 14 fois par semaine comparativement à 7 fois par semaine ou moins en 1993 et en 1994. Les connaissances quant au VIH/SIDA ont également augmenté, les participants reconnaissant davantage les risques liés à l'injection face au virus. Quant aux taux de séroprévalence chez les participants au programme, aucune différence significative n'a été notée de 1991 à 1994. En fait, si en 1991 et 1992 ces taux étaient relativement bas (deux cas en 1991 et un cas en 1992), aucun nouveau cas d'infection au VIH n'a été relevé en 1993 et 1994. Peak *et al.* (1995) reconnaissent que certains facteurs autres que l'impact du programme de réduction des méfaits aient pu jouer un rôle dans la diminution des comportements à risque chez les UDI participant au programme. Les auteurs concluent en soulignant que contrairement à ce que certaines études affirment, plusieurs des programmes qui se sont montrés efficaces dans la prévention du VIH chez les UDI dans les pays occidentaux peuvent être également implantés et avoir un impact significatif en Asie.

## **Un autre type de programme**

En 1994, une évaluation du programme pilote PIC-ATOOTS a été produite par Beauchemin, Bibeau et Morissette (1994). Ce programme a été implanté en 1991 dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal et cherche à prévenir les risques d'infection par le VIH chez les UDI. Les services sont offerts par l'entremise du travail de rue, qui est exercé principalement dans les piqueries; ainsi, PIC-ATOOTS ne possède pas de site fixe. Bien que ce programme n'offre pas de service d'échange de seringues, la diminution du partage de seringues contaminées chez les UDI fait partie intégrante de ses objectifs. Pour ce faire, les intervenantes de PIC-ATOOTS démontrent aux UDI comment désinfecter leurs seringues, distribuent des kits de désinfection et elles dirigent les UDI vers les ressources offrant des seringues stériles, soit vers certaines pharmacies du quartier et vers CACTUS-Montréal, qui fait l'échange de seringues.

L'évaluation conduite par Beauchemin *et al.* (1994) indique que pour la période couverte, soit entre avril 1992 et mars 1993, le programme n'a pas eu d'impact significatif quant à la réduction du partage de seringues usagées et à la désinfection des seringues. Ces résultats proviennent d'une série d'enquêtes réalisées auprès de la clientèle de PICS-ATOOTS et ont été comparés aux comportements d'un groupe contrôle composé d'individus n'ayant pas été en contact avec le programme. Des entretiens réalisés en vue de mieux comprendre l'absence des changements souhaités par le programme, il ressort que le partage de seringues entre personnes qui se connaissent persiste et qu'il a souvent lieu en état de manque pour des raisons d'habitude, de solidarité et de confiance. D'autre part, dans les piqueries où une seringue est fournie avec l'achat de drogues, le partage de seringues persiste également, plus particulièrement entre personnes qui se connaissent. De plus, malgré les références des intervenantes vers CACTUS-Montréal et vers certaines pharmacies, l'utilisation de ces ressources par la clientèle de PIC-ATOOTS s'est avérée marginale. La désinfection des seringues avec du javellisant est également peu courante chez cette clientèle, principalement parce que les UDI jugent cette méthode peu commode. À la lumière de ces résultats, Beauchemin *et al.* (1994) concluent qu'il est nécessaire d'améliorer l'accès à des seringues stériles par la multiplication des points de service faisant l'échange de seringues.

### **Les limites des études évaluant l'impact des programmes d'échange de seringues**

Les résultats des études présentées précédemment s'avèrent généralement concluants en ce qui a trait à l'impact des programmes d'échange de seringues. Cependant, les limites inhérentes aux méthodologies de certaines de ces études doivent être prises en considération dans l'analyse de leurs résultats. Ainsi, selon Shorr (1992), les partisans des programmes d'échange de seringues, lorsqu'ils affirment que ces programmes permettent de réduire le partage de seringues souillées, se basent souvent sur des recherches ayant des faiblesses méthodologiques majeures. Cet auteur a donc cherché à identifier ces diverses lacunes :

- 1- La plupart de ces recherches reposent sur des données auto-révélées, alors que toute donnée de ce genre, particulièrement lorsqu'elle provient d'UDI, demeure suspecte.
- 2- Très peu d'études ont utilisé des groupes contrôles appropriés en vue d'éliminer les biais susceptibles de limiter la validité des résultats obtenus.
- 3- Même lorsque des groupes contrôles sont utilisés, il se peut que des variables autres que la distribution de seringues stériles aient été responsables de la diminution du partage de seringues.
- 4- Les recherches portant sur les programmes d'échange de seringues perdent plusieurs sujets en période de suivi, ce qui diminue leur valeur scientifique.
- 5- Plusieurs évaluations n'utilisent pas de seringues identifiées; en conséquence, les chercheurs ne peuvent déterminer si les seringues souillées échangées contre des seringues stériles proviennent du projet de recherche en question.

- 6- Les courtes périodes d'observation sur lesquelles s'appuient les recherches ne permettent pas la découverte d'indicateurs quant aux changements de comportements à long terme et nuisent de ce fait à leur utilité scientifique.
- 7- Puisque plusieurs aspects de l'usage de drogues sous forme d'injection autres que le partage de seringues peuvent contribuer à la propagation du VIH, il est peu probable que les programmes d'échange de seringues aient ou auront un impact sur la propagation du VIH chez les UDI; le fait de savoir si les programmes d'échange de seringues permettent de freiner la propagation du VIH demeure incertain.
- 8- Il y a une préoccupation légitime quant au fait que les programmes d'échange de seringues peuvent conduire à une augmentation du partage des seringues.  
(Source : Shorr, 1992, p. 227-228)

### **Conclusion : l'efficacité des programmes d'échange de seringues**

Bien que la majorité de ces limites formulées par Shorr (1992) à l'égard des recherches évaluant l'impact des programmes d'échange de seringues aient été présentes dans quelques-unes des études analysées précédemment, les deux dernières demeurent douteuses. En effet, les recherches sont quasi unanimes quant à l'impact des programmes d'échange de seringues sur la réduction du partage de seringues usagées. L'effet de cette réduction du partage de seringues sur la propagation du VIH chez les UDI n'a pas été démontré dans toutes ces études, mais il est clair que le fait de partager des seringues potentiellement contaminées par le virus peut contribuer à sa propagation. Les recherches évaluatives en cette matière devraient donc tenter désormais d'établir plus clairement la relation entre la diminution du partage de seringues et les taux de séroprévalence. Toutefois, tel que le souligne Riley (1993), en raison de l'écart séparant le comportement d'une personne et la détection de l'infection au VIH, il devient difficile d'obtenir des preuves directes indiquant que l'accès à du matériel d'injection stérile réduit la propagation du SIDA.

## LES PROGRAMMES DE SUBSTITUTION À LA MÉTHADONE

De nombreuses études avancent que la méthadone est un adjuvant très efficace dans le traitement des personnes dépendantes aux opiacés (Des Jarlais *et al.*, 1995; Goldstein et Herrera, 1995; Grella, Anglin et Annon, 1996; Kent, 1996; Nadelmann et McNeely, 1996; Newman, 1995a, 1995b; Parker et Kirby, 1996; Riley, 1993; Rosenbach et Hunot, 1995; Rosenbaum *et al.*, 1996; Santé Canada, 1996, dans Angel et Lamarche, 1996; Schneeberger, Lauzon et Brochu, 1996). Ce narcotique synthétique, habituellement absorbé sous forme de sirop, renferme plusieurs des propriétés de l'héroïne et de la morphine; en raison de ses effets prolongés, la méthadone stabilise la personne toxicomane en prévenant tout symptôme de sevrage, réduit sa consommation et bloque l'effet euphorisant de l'héroïne (Riley, 1993; Schneeberger, Lauzon et Brochu, 1996).

Conjugués à une réadaptation centrée sur la psychothérapie et la réinsertion sociale et professionnelle, les programmes de substitution à la méthadone peuvent conduire à une plus grande fidélité au traitement, à des améliorations sur le plan de la santé, du travail et de la vie sociale, à une baisse de la consommation de drogues illégales et à une tendance à réduire les activités criminelles (Angel et Lamarche, 1996). De plus, si le patient abandonne l'utilisation de la seringue comme mode d'injection de l'héroïne, cela aide à prévenir la séroconversion au VIH parmi les toxicomanes et, par extension, dans la population générale. Donc, « toute mesure visant à offrir aux héroïnomanes une alternative à la seringue constitue une **mesure pour la santé publique** » (Angel et Lamarche, 1996, p. 4).

Ajoutons également que c'est une mesure favorable aux finances publiques puisqu'au Québec, le traitement d'une personne toxicomane coûte environ 3 000 \$ alors qu'une année d'emprisonnement pour ce même toxicomane en coûte 60 000 \$ et que le traitement d'une personne atteinte du SIDA s'élève à 150 000 \$ (Angel et Lamarche, 1996). À Montréal, Lauzon (1996) estime qu'il pourrait y avoir plusieurs milliers de personnes dépendantes de l'héroïne (entre 5 000 et 15 000). D'autres auteurs avancent que les personnes qui abusent de l'héroïne commettraient entre 100 et 400 délits par année chacune (Inciardi et Pottieger, 1986, Johnson et Kaplan, 1988, Sanchez et Johnson, 1987, tous dans Schneeberger, Lauzon et Brochu, 1996). En ce sens :

« Treating addicts, including cocaine dependents, repays itself more than seven times over when welfare payments, policing and criminal justice and crime in the community costs are included in the cost-benefit analysis. » (Parker et Kirby, 1996, p. 30)

### Modalités pour un traitement efficace

La substitution à la méthadone est une méthode thérapeutique qui a été considérablement utilisée et documentée depuis que Dole et Nyswander l'ont développée au milieu des années 1960 (Nadelmann et McNeely, 1996; voir Dole et Nyswander, 1965, dans Newman, 1995b). Il existe donc plusieurs écrits scientifiques sur l'évaluation des interventions avec méthadone. La dépendance aux opiacés étant une affection chronique à rechute (Goldstein et Herrera, 1995), le modèle de la réduction des méfaits vise à amenuiser les répercussions négatives associées à l'usage de ces drogues (Riley, 1993).

Afin d'améliorer les chances de réussite des programmes de substitution à la méthadone et de ne pas répéter certaines erreurs commises depuis plus de trente ans, voici une description des principales modalités à respecter. Et, comme le soulignent Grella, Anglin et Annon (1996), les programmes de traitement à la méthadone doivent comporter un éventail de services afin de répondre aux nombreuses et multiples difficultés qu'éprouvent les toxicomanes.

- 1- Puisque chaque patient est unique et particulier, les traitements devraient être élaborés selon les besoins de la personne toxicomane et les recommandations du thérapeute (Eklund *et al.*, 1995; Lauzon, 1996; Power *et al.*, 1995).
- 2- D'autres services à dimension psychosociale devraient être jumelés aux services médicaux pour offrir d'autres options à la suite du traitement (Bouchard et Savard, 1996; Grella, Anglin et Annon, 1996; Rosenbach et Hunot, 1995; Schneeberger, Lauzon et Brochu, 1996).
- 3- Le nombre de places disponibles pour les traitements ne devrait pas être limité, car les longues listes d'attente découragent d'éventuels patients — un temps d'attente de moins d'un mois semblerait raisonnable (Lauzon, 1996; Michaels *et al.*, 1995; Rosenbaum *et al.*, 1996). Bell *et al.* (1994, dans Parker et Kirby, 1996) ajoutent que le fait de s'occuper rapidement de la personne toxicomane sans lui faire passer des entrevues de sélection interminables influe sur les chances de succès du traitement.
- 4- Plusieurs écrits suggèrent que la dose thérapeutique minimale devrait se situer à 60 mg par jour (la dose de 50 mg ne s'est pas révélée efficace pour réduire la consommation d'héroïne ou d'autres drogues) (Parrino, 1996; Parker et Kirby, 1996).
- 5- Les établissements de soins ne devraient pas connaître un grand renouvellement du personnel et devraient embaucher des employés qualifiés et dévoués (Hough, 1995, dans Parker et Kirby, 1996).
- 6- Il ne devrait pas y avoir des traitements à durée limitée, car il semble que l'un des meilleurs prédicteurs du succès du traitement méthadonien soit le maintien en traitement (Bell, Hall et Byth, 1992, et McGuire, 1979, dans Schneeberger, Lauzon et Brochu, 1996; Rand, 1994, UCNOPC, 1994, Hubbard *et al.*, 1994, Hough, 1995, tous dans Parker et Kirby, 1996; Rosenbaum *et al.*, 1996).
- 7- Les programmes doivent être à bas seuil de tolérance, c'est-à-dire qu'ils doivent permettre à la personne toxicomane d'accéder aux programmes au point où elle en est rendue dans son cheminement, car même si l'abstinence totale n'est pas réussie, le modèle de réduction des méfaits encourage toute démarche visant à réduire les risques que prend un toxicomane (Marlatt, Somers et Tapert, 1993). Le modèle de réduction des méfaits repose en fait sur une hiérarchisation pragmatique des objectifs selon laquelle nous devons nous attaquer aux problèmes les plus immédiats (Riley, 1993).
- 8- Le nombre de médecins habilités à prescrire la méthadone devrait être augmenté et une formation devrait leur être offerte (Lauzon, 1996).

## **Le modèle de Merseyside — Un programme intégré de réduction des méfaits**

Merseyside est un comté situé dans le nord-ouest de l'Angleterre qui, au début des années 1980, détenait l'un des plus hauts taux de criminalité du pays (Parker et Kirby, 1996). Cependant, entre 1988 et 1994, à la suite de l'implantation d'un programme de cure de substitution à la méthadone, le taux de criminalité demeura stable contrairement aux taux des autres communautés du pays (Parker et Kirby, 1996). Par exemple, le nombre de crimes telles les infractions dans les véhicules et les résidences privées diminua de 66 % depuis 1987 (Parker et Kirby, 1996).

Dans leur étude évaluative, Parker et Kirby (1996) ont examiné l'efficacité du programme de réduction des méfaits à la méthadone et la relation entre la diminution du taux de criminalité et les activités des toxicomanes à Merseyside. Ils ont comparé des autoévaluations des héroïnomanes volontaires d'une clinique située à Liverpool qui n'étaient pas inscrits à un programme de méthadone avec une population comparable à Merseyside, inscrite au programme méthadonien, en plus d'effectuer des entrevues. Ils ont eu recours à plusieurs tests afin de vérifier la validité et la fiabilité des données, dont une contre-vérification des réponses des participants d'après leurs dossiers médicaux et auprès de la police.

Ainsi, à la fin des années 1980, la police locale et des organismes de santé se sont joints à Merseyside pour développer plusieurs programmes de cure à la méthadone. Fait à remarquer, les programmes qui procuraient des services sociaux, utilisaient des doses thérapeutiques plus élevées (60 mg et plus) et, enfin, préconisaient une stratégie de « maintenance » plutôt que de sevrage avaient plus de succès (Parker et Kirby, 1996). En ayant toujours environ 5 000 patients inscrits à tout moment, les programmes de Merseyside semblent avoir stabilisé le problème de consommation d'héroïne et, du même coup, diminué considérablement les crimes reliés à la consommation de drogues illicites. S'il y avait eu plus de places disponibles pour accueillir tous les héroïnomanes du secteur, Parker et Kirby (1996) affirment que le taux de criminalité aurait probablement baissé davantage. Ainsi, dans leur rapport intitulé *Methadone Maintenance and Crime Reduction on Merseyside*, Parker et Kirby (1996) ont conclu qu'un des facteurs clés expliquant cette diminution exceptionnelle du taux de criminalité était le programme de réduction des méfaits de Merseyside.

Par ailleurs, Parker et Kirby (1996) ont trouvé que la majorité des patients de leur étude (70,8 %) utilisaient moins de drogues illégales et que plus du cinquième (22,2 %) avaient cessé toute consommation. Ils ont également noté que le taux de séropositivité du VIH parmi la population d'injecteurs de drogues à Merseyside était très bas. Un succès indéniable pour les tenants d'une stratégie de santé publique.

## LA PRESCRIPTION CONTRÔLÉE DE STUPÉFIANTS

En réponse aux problèmes découlant de la consommation de drogues illégales (risques de transmission du VIH, marginalisation et misère des toxicomanes, violence et criminalité), certains pays tels que la Suisse, le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont envisagé comme solution la distribution contrôlée de stupéfiants (Derks, 1995; Fleming et Roberts, 1994; Kent, 1996; Marks, 1995; Riley, 1994; van Brussel, 1995; van de Wijngaart, 1991; Zeltner, 1995). L'aggravation de ces problèmes et l'incapacité du système sanitaire à rejoindre les toxicomanes qui éprouvent le plus de problèmes d'insertion sociale ont été des facteurs fortement reliés à l'adoption de cette approche en matière de drogues (Zeltner, 1995). Ainsi, la prescription de stupéfiants s'adresse aux toxicomanes n'ayant pas été rejoints par les méthodes thérapeutiques traditionnelles (Uchtenhagen, Dobler-Mikola et Gutzwiller, 1995).

Ces projets s'orientent plus particulièrement vers la prescription contrôlée d'héroïne, de morphine et d'amphétamines. Peu de recherches ont cependant évalué l'impact des projets de distribution contrôlée de stupéfiants quant à la réduction des méfaits associés aux drogues illicites. Un recueil d'études et d'expériences relatives à la prescription de stupéfiants ayant été publié sous la direction de Rihs-Middel, Clerc et Stamm (1995), et traitant des projets évalués en Suisse et en Hollande, sera donc à la base de l'analyse proposée dans les lignes qui suivent. Un certain nombre d'études évaluant l'impact des projets de distribution de stupéfiants ayant été recensées serviront de complément.

### Description des résultats des études évaluatives

#### *La Suisse*

En 1991, un élément nouveau s'intégrait aux politiques suisses en matière de drogues, c'est-à-dire l'engagement de la Confédération en vue de réduire les problèmes liés à la toxicomanie (Lehmann, 1995). Parmi les mesures préconisées par la Confédération suisse, l'aide destinée aux toxicomanes gravement dépendants a été mise de l'avant par l'entremise de projets de prescription de stupéfiants sous contrôle médical (Rihs-Middel, 1995). Les substances prescrites sous forme d'injections sont l'héroïne, la morphine et la méthadone (Uchtenhagen *et al.*, 1995).

À partir des expériences qui ont été entreprises en Suisse, certaines conclusions préliminaires ont été formulées par Killias et Roberts (1997), qui ont procédé à l'évaluation des effets des projets de prescription de stupéfiants sur la délinquance des participants<sup>4</sup> :

- 1- Les données auto-révélées des toxicomanes participant à des projets de l'Office fédéral de santé publique, interviewés tous les six mois, permettent de conclure à une diminution draconienne de la délinquance. Parmi les personnes traitées, les vols graves et la vente de drogues particulièrement ont diminué — de plus de 80 %. Par contre, la diminution est faible pour les délits peu liés au mode de vie des toxicomanes.

---

4. Cette étude est fondée sur l'analyse de données auto-révélées (n = 317 entrevues), de données policières (n = 1217 participants) et du casier judiciaire (n = 1217 participants).

- 2- Parallèlement, les expériences de victimisation parmi les toxicomanes traités ont aussi nettement diminué. La diminution est à nouveau moins prononcée pour les délits peu liés au mode de vie des toxicomanes.
- 3- Cette diminution s'est non seulement confirmée — au regard des rapports de recherche précédents —, mais s'est aussi avérée stable : les toxicomanes traités ont aussi nettement moins commis d'infractions dans les six mois suivant le début du traitement par rapport à la période précédant le traitement.
- 4- L'analyse des délits enregistrés par la police confirme cette conclusion générale. La diminution a atteint les 60 % et est restée stable durant la période d'observation (18 mois).
- 5- Les inscriptions au casier judiciaire présentent — pour une période référence d'une année — la même tendance. En plus du nombre de délits enregistrés, le nombre de toxicomanes condamnés par la justice a diminué.

Ainsi, Killias et Roberts (1997, p. 34) suggèrent que « le traitement à l'héroïne peut être qualifié d'une des mesures les plus efficaces jamais tentées dans le domaine de la prévention de la criminalité ». Cependant, ces résultats ne font pas état de l'impact des programmes de prescription de stupéfiants à l'égard de leurs autres objectifs fondamentaux consistant à améliorer l'état de santé physique et/ou psychique des toxicomanes, à améliorer leur intégration sociale (aptitude au travail) et à augmenter le sens des responsabilités des toxicomanes à l'égard du risque de contamination par le VIH (Uchtenhagen *et al.*, 1995).

### ***Le Royaume-Uni***

Les amphétamines constituent, après le cannabis, les drogues illicites les plus fortement consommées au Royaume-Uni (Fleming et Roberts, 1994). Puisque l'usage d'amphétamines sous forme d'injection constitue un facteur de risque relié à la transmission du VIH, un programme de prescription orale d'amphétamines a été intégré aux autres programmes de réduction des méfaits en 1989 (Fleming et Roberts, 1994). Fleming et Roberts (1994) ont conduit, de 1989 à 1992, une recherche évaluant ce programme de prescription d'amphétamines.

Les objectifs de ce programme consistent à encourager les usagers d'amphétamines à recevoir les services offerts par le programme, à leur permettre de réduire leurs comportements d'injection, à les éduquer quant aux façons de réduire leurs comportements à risque face au VIH, à réduire les risques reliés à l'usage de drogues de rue et à stabiliser le style de vie des usagers d'amphétamines (Fleming et Roberts, 1994).

De 1989 à 1992, 18 hommes et 8 femmes ont participé à ce programme et 6 d'entre eux n'ont pas rempli le questionnaire proposé par les chercheurs en vue d'évaluer l'impact du programme. Des données ont notamment été compilées quant aux comportements d'injection et au partage d'équipement d'injection. Alors qu'au début du programme, les hommes s'injectaient des drogues à raison de 117 fois par mois, ceux qui ont continué à s'en injecter à la fin de la période d'observation ( 56 %) le faisaient à raison de 15 fois par mois (Fleming et Roberts, 1994). Du côté des femmes, celles-ci s'injectaient des drogues à une fréquence de 56 fois par mois au début du programme, alors qu'à la fin de la période d'observation les

participantes qui s'en injectaient toujours (25 %) le faisaient en moyenne 15 fois par mois (Fleming et Roberts, 1994). Relativement au partage de seringues, sur les 13 sujets de sexe masculin pour qui des informations étaient disponibles à cet égard, 11 n'ont pas partagé de seringues usagées (Fleming et Roberts, 1994). Chez les femmes, cinq des sept sujets pour qui des informations étaient disponibles n'ont pas partagé de seringues (Fleming et Roberts, 1994). D'autre part, la majorité des sujets ont indiqué avoir poursuivi leur implication dans des activités criminelles et seulement deux sujets ont indiqué ne pas avoir fait usage d'autres drogues illicites lors de leur participation au programme (Fleming et Roberts, 1994). Fleming et Roberts (1994) considèrent que la continuité dans l'usage d'amphétamines de rue chez les participants peut s'expliquer par la faible dose prescrite par le programme.

Toujours au Royaume-Uni mais plus précisément en Angleterre, l'héroïne pouvant être consommée par voie intraveineuse est prescrite par certains médecins depuis des décennies (Uchtenhagen *et al.*, 1995<sup>5</sup>). Cependant, depuis l'épidémie du SIDA, certains centres ont opté pour la prescription diversifiée de stupéfiants (Uchtenhagen *et al.*, 1995).

Ainsi, à Merseyside, où la stratégie de réduction des méfaits est l'une des plus complètes au monde, la prescription de drogues est considérée comme un excellent moyen de rejoindre les toxicomanes, de les amener à se prévaloir des services d'aide et à modifier leurs comportements à risque (Riley, 1994). Ainsi, des pharmaciens prescrivent de l'héroïne et de la méthadone sous forme de cigarettes (Riley, 1994). Selon Riley (1994), les données disponibles sur l'infection par le VIH chez les UDI de Merseyside indiquent que la stratégie de réduction des méfaits est efficace. De plus, il y a eu diminution de la criminalité liée aux drogues (Riley, 1994). Ces résultats sont fondés sur l'ensemble des mesures de réduction des méfaits mises en application à Merseyside; de ce fait, on ne peut connaître le rôle particulier des programmes de prescription de stupéfiants quant à ces résultats.

À Cheltenham, une petite ville de l'Angleterre, un programme de prescription d'héroïne par voie intraveineuse destiné aux héroïnomanes de longue date n'étant pas motivés à cesser de s'injecter cette substance a été implanté en 1988 (Marks, 1995). L'objectif à long terme de ce programme est d'aider les toxicomanes à se passer de drogue, mais aucune échéance n'est imposée à cet effet; à court terme, le programme cherche à aider les personnes visées à se maintenir en vie, à améliorer leur santé physique et mentale, à les détourner de la délinquance, à les aider à améliorer leur statut social et à les réinsérer dans la société (Marks, 1995). En 1995, dans cette ville de 100 000 habitants, des opiacés étaient prescrits en doses quotidiennes à 140 patients, dont 40 prenaient de l'héroïne (Marks, 1995). Bien que ce programme n'ait pas été soumis à une évaluation en raison d'une absence de moyens financiers, il apparaît qu'aucun citoyen de la ville de Cheltenham ne soit devenu séropositif à la suite de l'injection de drogues et qu'aucun des patients du programme de prescription de stupéfiants ne soit séropositif (Marks, 1995). De plus, selon Marks (1995), un psychiatre offrant ses services à ce programme, les participants ne commettent plus de délits liés aux drogues, ce qui est autant à l'avantage de la collectivité que des héroïnomanes eux-mêmes.

En Écosse, lorsque des épidémies d'infection au VIH chez les UDI ont été identifiées, elles étaient fortement reliées aux usagers d'opiacés sous forme d'injection (principalement l'héroïne) qui provenaient d'Édimbourg et de Glasgow (Haw et Taylor, 1993). Une stratégie nationale de réduction des méfaits a été

---

5. Les données recensées par Uchtenhagen (1995) et Riley (1994) ont été utilisées en vue de pallier le manque d'études originales effectuées concernant l'impact des programmes de prescription de stupéfiants à Merseyside.

implantée en Écosse en vue de prévenir d'autres épidémies; cette stratégie comprend la prescription orale de stupéfiants (Haw et Taylor, 1993). Si à Glasgow, cette stratégie a été mise sur pied rapidement, ce fut le contraire à Édimbourg. En ce sens, Haw et Taylor (1993) ont cherché, par une recension des écrits, à comparer les différences dans les modèles de consommation de drogues et dans les méthodes de distribution de stupéfiants à Édimbourg et à Glasgow.

Les données recueillies par Haw et Taylor (1993) illustrent qu'un changement majeur est survenu dans les modèles de consommation à Édimbourg : ces modèles de consommation sont passés de l'usage d'opiacés sous forme d'injection à l'usage de drogues pharmaceutiques par voie orale. Bien que ce changement n'ait pas été perçu à Glasgow, Haw et Taylor (1993) affirment que les programmes d'échange de seringues de cette ville se sont néanmoins montrés efficaces dans la réduction du partage de seringues. Selon les auteurs, bien qu'une relation causale ne puisse être établie, les données recueillies indiquent que les modèles de consommation peuvent être modifiés grâce à l'implantation de politiques de prescription orale de drogues. Haw et Taylor (1993) croient que ces résultats découlant des politiques écossaises illustrent le besoin d'une stratégie qui encourage l'usage de drogues par voie orale tout en prévoyant la distribution d'équipement stérile d'injection et en offrant de l'information quant aux pratiques sécuritaires d'injection.

### ***Les Pays-Bas***

Un projet expérimental de prescription de morphine injectable a été implanté en 1983 par le gouvernement municipal d'Amsterdam en vue de rejoindre les héroïnomanes difficiles à intégrer socialement en raison de leur consommation extrêmement problématique et pour qui les méthodes traditionnelles de traitement se sont avérées infructueuses (Derks, 1995; Uchtenhagen *et al.*, 1995; van de Wijngaart, 1991; van Brussel, 1995). Les objectifs de ce programme expérimental de distribution de morphine consistaient à diminuer le mal physique et psychologique que les toxicomanes s'infligent à eux-mêmes et à changer leur style de vie (Derks, 1995). La période expérimentale de ce programme a été de deux ans et sur les 37 toxicomanes qui ont composé le groupe de départ, 21 ont complété ladite période de deux ans et 16 d'entre eux prenaient toujours de la morphine injectable à la fin de la période de suivi, soit en 1989 (Derks, 1995). Les personnes qui ont été sélectionnées présentaient plusieurs pathologies puisque l'intervention cherchait à faciliter un traitement médical de la maladie sous-jacente (van de Brussel, 1995). La morphine n'était pas distribuée gratuitement, et ce, pour permettre aux toxicomanes de garder le contrôle de leur situation (Derks, 1995).

Derks (1995), qui a conduit l'évaluation de ce programme, soutient que celui-ci a obtenu des résultats limités, mais positifs. En fait, le programme a davantage réussi au niveau des problèmes psychiatriques de la clientèle qu'au niveau des problèmes d'ordre physique. L'évaluation indique d'autre part que l'usage d'autres drogues a pu être limité ou du moins contrôlé, tout comme les comportements criminels. Derks (1995) soutient cependant que ce n'est pas la distribution de morphine à elle seule qui a rendu possibles les résultats observés; les conseils psychosociaux, le travail d'assistance et les efforts de réinsertion accomplis ont également eu un rôle à jouer. Selon Derks (1995), le programme expérimental de distribution de morphine d'Amsterdam a permis à certains toxicomanes de stabiliser leur vie. À la lumière des résultats de cette évaluation, Derks (1995) conclut que la distribution de morphine injectable peut être considérée comme une méthode utile pour traiter des individus, au même titre que l'est la distribution de

méthadone. Van de Brussel (1995) souligne cependant que la prescription de morphine est utile pour un nombre limité de patients présentant un niveau de souffrance intolérable.

### **Conclusion : l'efficacité des programmes de prescription de stupéfiants**

Les études traitant de l'évaluation des programmes de prescription de stupéfiants sont peu nombreuses. Il est donc difficile de tirer une conclusion claire quant à leur impact. Le fait de savoir si ces programmes permettent de réduire les problèmes découlant de la consommation de drogues illégales demeure incertain.

Les essais expérimentaux en matière de prescription de stupéfiants permettent d'envisager que ce type d'intervention peut constituer une mesure susceptible de rejoindre les toxicomanes pour qui les méthodes thérapeutiques traditionnelles se sont avérées infructueuses. Certaines expériences démontrent également que la distribution contrôlée de stupéfiants peut réduire la fréquence d'injection chez les UDI, détourner certains usagers du marché clandestin de la drogue de même que réduire l'incidence du VIH et les activités criminelles.

Pour conclure sur l'efficacité de la prescription contrôlée de stupéfiants en tant qu'intervention permettant la réduction des méfaits liés aux drogues, il faudra toutefois que d'autres projets de la sorte soient mis en place et qu'ils soient soumis à une évaluation rigoureuse.

## **CONCLUSION**

Notre étude a permis de constater que de nombreuses mesures sont entreprises, tant au niveau national qu'au niveau international, en vue d'atténuer les conséquences négatives occasionnées par l'usage et l'abus de substances psychoactives licites et illicites. L'approche de la réduction des méfaits se démarque des modèles de prévention et de réadaptation traditionnels dans le domaine des toxicomanies. En effet, contrairement à ces modèles, la politique de réduction des méfaits n'entretient pas une visée idéaliste d'élimination de la consommation de substances psychoactives; son objectif, nettement plus pragmatique, consiste à minimiser les risques et les méfaits associés à l'usage et à l'abus de ces substances.

Dans le domaine de l'alcool, même si la réduction des méfaits demeure un concept d'actualité et que nous pouvons retenir plusieurs types d'exemples (la consommation de produits à basse teneur en alcool, le service de accompagnement de l'Opération Nez Rouge, etc.), ce concept est trop récent pour que des évaluations aient été faites à ce jour. Il y a toutefois une exception notable : les résultats tirés d'une revue de littérature australienne où deux chercheurs ont trouvé que les deux meilleures stratégies de réduction des méfaits sur les routes étaient, d'une part, les barrages routiers effectués au hasard et, d'autre part, l'abaissement du taux légal d'alcoolémie.

Puisque le message de réduction des méfaits est *lorsque vous consommez de l'alcool, évitez les problèmes*, son succès n'est pas mesuré par l'abstinence ou un niveau de consommation approprié, mais par le fait que des **conséquences négatives pourront être évitées**. Ainsi, au lieu d'avoir comme objectif de prévention la consommation individuelle, les programmes de prévention devraient mettre l'accent sur les **occasions** d'un boire abusif en établissant des **limites de consommation sécuritaire** et en recommandant **d'éviter l'enivrement** ou d'autres comportements problématiques. Certains chercheurs demeurent optimistes quant à l'avenir de l'application de ce concept au domaine de l'alcool.

En matière de drogues illicites, nous avons pu concevoir que le modèle de la réduction des méfaits se réalise par l'entremise des programmes d'échange de seringues, de substitution à la méthadone et de prescription contrôlée de stupéfiants. L'analyse des études ayant évalué ces différents programmes nous a permis de constater que ceux-ci sont en mesure d'atténuer certaines conséquences négatives qu'entraînent l'usage et l'abus de drogues. En outre, ces programmes peuvent réduire les comportements à risque face au VIH/SIDA par la mise en place de pratiques sécuritaires de consommation. De plus, certains de ces programmes ont permis une réduction de l'activité criminelle chez les usagers qui y ont pris part. En ce sens, il s'agit de mesures favorables aux finances publiques puisqu'au Québec, le traitement d'une personne toxicomane coûte environ 3 000 \$ alors qu'une année d'emprisonnement pour ce même toxicomane en coûte 60 000 \$ et que le traitement d'une personne atteinte du SIDA s'élève à 150 000 \$.

Un des grands avantages des programmes de réduction des méfaits en ce qui concerne les drogues illicites réside dans leur capacité à attirer vers leurs services des clientèles n'étant pas rejointes par les méthodes traditionnelles ou ayant été rejointes, mais pour qui ces méthodes ont échoué. Les objectifs moins contraignants de ces programmes comparativement aux objectifs d'abstinence des méthodes traditionnelles pourraient expliquer cette situation. Un autre critère important des mesures offertes consiste dans l'offre d'un éventail de services afin de répondre aux nombreuses et multiples difficultés qu'éprouvent les toxicomanes.

En somme, il ne fait aucun doute que la réduction des méfaits constitue une approche sociosanitaire qui, en raison de son succès dans la diminution des conséquences négatives attribuables à l'usage et l'abus de

substances psychoactives, risque de constituer un élément important des politiques publiques à venir dans le domaine des toxicomanies. Cependant, il serait imprudent d'importer ces mesures majoritairement européennes sans se soucier d'une adaptation nécessaire au contexte nord-américain.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- ANGEL, P. et LAMARCHE, P. (1996). « Dossier méthadone : vers une perspective de santé publique », *Psychotropes — R.I.T.*, 4 (12), 3-6.
- BEAUCHEMIN, J., BIBEAU, G. et MORISSETTE, C. (1994). *Évaluation de Pic-Atouts*, Montréal, Programme des maladies infectieuses, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre.
- BOILARD, J. (1993). « Le modèle de réduction des méfaits dans le champ de la réadaptation », *Revue Écho-Toxico*, 6 (2), 4-5.
- BOUCHARD, M. et SAVARD, P. (1996). « Et si on parlait de la demande? », *Psychotropes — R.I.T.*, 4 (12), 15-23.
- BROCHU, S. (1995). *Drogue et criminalité, une relation complexe*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- BRUNEAU, J. et CÔTÉ, P. (1990). « Les utilisateurs de drogues injectables », in C. Olivier et R. Thomas (éd.), *Le sida un nouveau défi médical*, Montréal, Association des médecins de langue française du Canada, 193-214.
- BUNING, E., VAN BRUSSEL, G. et VAN SANTEN, G. (1992). « The Impact of Harm Reduction Drug Policy on AIDS Prevention in Amsterdam », in P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning et E. Drucker (éd.), *The Reduction of Drug-Related Harm*, London, Routledge, 30-38.
- BURRIS, S., FINUCANE, D., GALLAGHER, H. et GRACE, J. (1996). « The Legal Strategies Used in Operating Syringe Exchange Programs in the United States », *American Journal of Public Health*, 86 (8), 1161-1166.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1994). *L'usage des drogues et l'épidémie du VIH*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- DERKS, J. (1995). « La distribution de morphine injectable à Amsterdam : évaluation », in M. Rihs-Middel, J. Clerc et R. Stamm (sous la direction de), *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical*, Genève, Éditions médecine et hygiène, 168-180.
- DES JARLAIS, D.C. et CASE, P. (1992). « Increasing Access to Injection Equipment : Syringe Exchange and other Examples of Harm Reduction Strategies », in M. Mann, D.J.M. Tarantola et T.W. Netter (éd.), *AIDS in the World*, Harvard University Press, 685-699.
- DES JARLAIS, D.C. et FRIEDMAN, S.R. (1993a). « AIDS, Injecting Drug Use and Harm Reduction », in N. Heather, A. Wodak, E. Nadelman et P. O'Hare (éd.), *Psychoactive Drugs & Harm Reduction : from Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers, 297-309.
- DES JARLAIS, D.C. et FRIEDMAN, S.R. (1993b). « Research », in J. Stryker et M. Smith (éd.), *Dimensions of HIV Prevention : Needle Exchange*, Menlo Park, CA, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 63-75.

- DES JARLAIS, D.C., FRIEDMAN, S.R., SOTHERAN, J.L., WENSTON, J., MARMOR, M., YACOVITZ, S.R., FRANK, B., BEATRICE, S. et MILDVAN, D. (1994). « Continuity and Change Within an HIV Epidemic », *JAMA*, 271 (2), 121-127.
- DES JARLAIS, D.C., PAONE, D., FRIEDMAN, S.R., PEYSER, N. et NEWMAN, R.G. (1995). « Regulating Controversial Programs for Unpopular People : Methadone Maintenance and Syringe Exchange Programs », *American Journal of Public Health*, 85 (11), 1577-1584.
- EKLUND, C., HILTUNEN, A.J., MELIN, L. et BORG, S. (1995). « Factors Associated with Successful Withdrawal from Methadone Maintenance Treatment in Sweden (1995) », *The International Journal of the Addictions*, 30 (10), 1335-1353.
- FLEMING, P.M. et ROBERTS, D.R. (1994). « Is the Prescription of Amphetamine Justified as a Harm Reduction Measure? », *Journal of the Royal Society of Health*, 114 (3), 127-131.
- GERVASONI, J.P., DUBOIS-ARBER, F., BENNIGHOFF, F., SPENCER, B., DEVOS, T. et PACCAUD, F. (1996). *Évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996. Version abrégée*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- GOLDSTEIN, A. et HERRERA, J. (1995). « Heroin Addicts and Methadone Treatment in Albuquerque : A 22-Year Follow-Up », *Drug and Alcohol Dependence*, 40 (2), 139-150.
- GRELLA, C.E., ANGLIN, M.D. et ANNON, J.J. (1996). « HIV Risk Behaviors among Women in Methadone Maintenance Treatment », *Substance Use & Misuse*, 31 (3), 277-301.
- GUYDISH, J., CLARK, G., GARCIA, D., YEE, J., GREENSPAN, J.S. et HEARST, N. (1992). « Detecting HIV Antibodies in Needle-Exchange Syringes », *AIDS*, 6 (7), 739-740.
- HALL, W. et MANT, A. (1996). « Harm Reduction as a Focus for Research », *Drug and Alcohol Review*, 15, 5-6.
- HANKINS, C., GENDRON, S., ROY, E. et BRUNEAU, J. (1993). *Évaluation de Cactus-Montréal, projet-pilote d'intervention auprès des utilisateurs de drogues par injection, rapport final*, Montréal, Centre d'études sur le sida, Unité de santé publique, Hôpital général de Montréal.
- HAWKS, D. et LENTON, S. (1995). « Harm Reduction in Australia : Has it Worked? A Review », *Drug and Alcohol Review*, 14 (3), 291-304.
- HELLER, D. et ROBINSON, A.E. (1994). *L'abus toxicomaniaque chez les travailleurs : guide de gestion des problèmes de l'abus toxicomaniaque chez les travailleurs*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- HURKMANS, I. (1997). « Short Stays to Prevent Crises and Degeneration : Alcohol Detox Harm Reduction Programme », *Jellinek Quarterly*, 4 (1/2).

- KEENE, J., STIMSON, G.V., JONES, S. et PARRY-LANGDON, N. (1993). « Evaluation of Syringe-Exchange for HIV Prevention among Injecting Drug Users in Rural and Urban Areas of Wales », *Addiction*, 88 (8), 1063-1070.
- KENT, H. (1996). « Harm-Reduction Strategies Weapon of Choice in BC's Battle with Drug Addiction », *Canadian Medical Association Journal*, 155 (5), 571-573.
- KILLIAS, M. et RABASA, J. (1997). *Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes*, Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie.
- KIRBY, K.C., LAMB, R.J., IGUCHI, M.Y., HUSBAND, S.D. et PLATT, J.J. (1995). « Situations Occasioning Cocaine Use and Cocaine Abstinence Strategies », *Addiction*, 90 (9), 1241-1252.
- KLINGEMANN, H.K. (1996). « Drug Treatment in Switzerland : Harm Reduction, Decentralization and Community Response », *Addiction*, 91 (5), 723-736.
- LANDAU, T.C. (1996). « The Prospects of Harm Reduction Approach Among Indigenous People in Canada », *Drug and Alcohol Review*, 15 (4), 393-401.
- LAUZON, P. (1996). « Les modèles d'intervention avec méthadone développés au Québec, 1986-1996 », *Psychotropes — R.I.T.*, 4 (12), 7-14.
- LAVOIE, M. et GODIN, G. (1995). « L'utilisation par les jeunes de 18 à 24 ans du service de raccompagnement des conducteurs offert par l'Opération Nez Rouge », *Comptes-rendus de la IX<sup>e</sup> Conférence canadienne multidisciplinaire sur la sécurité routière*, 28-31 mai, Université de Montréal — École Polytechnique, Association canadienne des professionnels de la sécurité routière, 39-48.
- LEHMANN, P. (1995). « Les principaux axes de la politique fédérale suisse en matière de drogue », in M. Rihs-Middel, J. Clerc et R. Stamm (sous la direction de), *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical*, Genève, Éditions médecine et hygiène, 103-108.
- MARKS, J. (1995). « Programme de prescription d'héroïne : l'expérience pratique du service de prise en charge de la toxicomanie à Cheltenham, Angleterre », in M. Rihs-Middel, J. Clerc et R. Stamm (sous la direction de), *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical*, Genève, Éditions médecine et hygiène, 128-139.
- MARLATT, G.A. (1996). « Harm Reduction : Come as you are », *Addictive Behaviors*, 21 (6), 1779-1788.
- MARLATT, G.A., SOMERS, J.M. et TAPERT, S.F. (1993). « Harm Reduction : Application to Alcohol Abuse Problems », *NIDA Research Monograph No. 137*.

- MARLATT, G.A. et TAPERT, S.F. (1993). « Harm Reduction : Reducing the Risks of Addictive Behaviors », in J.S. Baer, G.A. Marlatt et R.J. McMahon (éd.), *Addictive Behaviors Across the Life Span*, Sage Publications.
- MICHAELS, J., GALANTER, M., RESNICK, R., MARMOR, M., LIFSHUTZ, H. et PERRONE, R. (1995). « Community Based Heroin Addicts Who Turn to Experimental Treatment Rather Than Conventional Care », *Journal of Addictive Diseases*, 14 (2), 33-42.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ, DE LA CULTURE ET MINISTÈRE DE LA JUSTICE DES PAYS-BAS (1992). *La politique anti-drogue d'Amsterdam*, Amsterdam, Service général de l'information et des relations extérieures de la mairie d'Amsterdam.
- NADELMANN, E. et McNEELY, J. (1996). « Doing Methadone Right », *The Public Interest*, (123), printemps, 83-93.
- NEWCOMBE, R. (1992). « The reduction of drug-related harm : A conceptual framework for theory, practice and research », in P.A O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning et E. Drucker (éd.), *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge, 1-14.
- NEWMAN, R.G. (1995a). « Another Wall That Crumbled — Methadone Maintenance Treatment in Germany », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21 (1), 27-35.
- NEWMAN, R.G. (1995b). « Methadone : Prescribing Maintenance, Pursuing Abstinence », *The International Journal of the Addictions*, 30 (10), 1303-1309.
- O'HARE, P.A. (1992). « Preface : A Note on the Concept of Harm Reduction », in P.A O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning et E. Drucker (éd.), *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge, xiii-xvii.
- PAONE, D., DES JARLAIS, D.C., CALOIR, S., CLARK, J. et JOSE, B. (1995a). « Operational Issues in Syringe Exchanges : The New York City Tagging Alternative Study », *Journal of Community Health*, 20 (2), 111-123.
- PAONE, D., DES JARLAIS, D., GANGLOFF, R., MILLIKEN, J. et FRIEDMAN, S.R. (1995b). « Syringe Exchange : HIV Prevention, Key Findings, and Future Directions », *The International Journal of the Addictions*, 30 (12), 1647-1683.
- PARKER, H. et KIRBY, P. (1996). *Methadone Maintenance and Crime Reduction on Merseyside*, *Crime Detection and Prevention Series*, Paper 72, London, Police Research Group.
- PARRINO, M.W. (1996). « Le traitement à la méthadone aux USA : organisation et politique », *Psychotropes — R.I.T.*, 4 (12), 103-107.

- PEAK, A., RANA, S., MAHARJAN, S.H., JOLLEY, D. et CROFTS, N. (1995). « Declining Risk for HIV among Injecting Drug Users in Kathmandu, Nepal : The Impact of a Harm-Reduction Programme », *AIDS*, 9 (9), 1067-1070.
- POWER, R., JONES, S., KEARNS, G., WARD, J. et PERERA, J. (1995). « Drug User Networks, Coping Strategies, and HIV Prevention in the Community », *The Journal of Drug Issues*, 25 (3), 565-581.
- RIHS-MIDDEL, M. (1995). « La prescription de stupéfiants sous contrôle médical et la recherche en matière de drogues à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) », in M. Rihs-Middel, J. Clerc et R. Stamm (sous la direction de), *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical*, Genève, Éditions médecine et hygiène, 9-16.
- RIHS-MIDDEL, M., CLERC, J. et STAMM, R. (1995). *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical*, Genève, Éditions médecine et hygiène.
- RILEY, D. (1994). « La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques », in P. Brisson (sous la direction de), *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. II*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 129-150.
- RILEY, D. (1993). *Le modèle de réduction des méfaits : une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- ROSENBACH, A. et HUNOT, V. (1995). « The Introduction of a Methadone Prescribing Programme to a Drug-Free Treatment Service : Implications for Harm Reduction », *Addiction*, 90 (6), 815-821.
- ROSENBAUM, M., WASHBURN, A., KNIGHT, K., KELLEY, M. et IRWIN, J. (1996). « Treatment as Harm Reduction, Defunding as Harm Maximization : The Case of Methadone Maintenance », *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (3), 241-249.
- SCHNEEBERGER, P., LAUZON, P. et BROCHU, S. (1996). « Le traitement avec méthadone auprès des personnes judiciarisées : la situation québécoise », *Psychotropes — R.I.T.*, 4, (12), 57-72.
- SCHWARTZ, R.H. (1993). « Syringe and Needle Exchange Programs : Part I », *Southern Medical Journal*, 86 (3), 318-322.
- SHORR, A. (1992). « Critique of Needle Exchange », in A.S. Trebach et K.B. Zeese (éd.), *Strategies for Change : New Directions in Drug Policy*, Washington, D.C., Drug Policy Foundation, 227-229.
- SINGLE, E. (1997). « The Concept of Harm Reduction and its Application to Alcohol : the 6th Dorothy Black Lecture », *Drugs : Education, Prevention and Policy*, 4 (1), 7-22.
- STOCKWELL, T., HAWKS, D., LANG, E. et RYDON, P. (1996). « Unravelling the Preventive Paradox for Acute Alcohol Problems », *Drug and Alcohol Review*, 15 (1), 7-15.

- UCHTENHAGEN, A., DOBLER-MIKOLA, A. et GUTZWILLER, F. (1995). « La prescription de stupéfiants sous contrôle médical : fondements, plan de recherche, premières expériences », in M. Rihs-Middel, J. Clerc et R. Stamm (sous la direction de), *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical*, Genève, Éditions médecine et hygiène, 17-32.
- U.S. GENERAL ACCOUNTING OFFICE (1993). *Needle Exchange Programs : Research Suggests Promise as an AIDS Prevention Strategy. Report to the Chairman, Select Committee on Narcotics Abuse and Control*, Washington, D.C., U.S. House of Representatives.
- VAN BRUSSEL, G. (1995). « Le programme de distribution de morphine à Amsterdam : expériences pratiques », in M. Rihs-Middel, J. Clerc et R. Stamm (sous la direction de), *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical*, Genève, Éditions médecine et hygiène, 161-167.
- VAN DE WIJNGAART, G.F. (1991). *Competing Perspectives on Drug Use : The Dutch Experience*, Amsterdam, Swets & Zeitlinger.
- VELLEMAN, R. et RIGBY, J. (1990). « Harm-Minimisation : Old Wine in New Bottles? », *International Journal on Drug Policy*, 1 (6), 24-27.
- WATTERS, J., ESTILO, M.J., CLARK, G.L. et LORVICK, J. (1994). « Syringe and Needle Exchange as HIV/AIDS Prevention for Injection Drug Users », *JAMA*, 271 (2), 115-120.
- WESTERMEYER, R. (1996). *Reducing Harm : A Very Good Idea, Habit Smart* : <http://www.cts.com/~habtsmrt/harm.html>
- WIEVIORKA, S. (1996). « Les toxicomanes, entre prise de risque et réduction des risques », *Psychotropes — R.I.T.*, 2 (2), 97-103.
- WILLIAMS, G. (1995). « Strategic Developments in Drug and Alcohol Policy », *Drug and Alcohol Review*, 14 (2), 231-234.
- ZELTNER, T.B. (1995). « Les projets de distribution de stupéfiants sous contrôle médical dans le cadre de la politique en matière de drogue de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) », in M. Rihs-Middel, J. Clerc et R. Stamm (sous la direction de), *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical*, Genève, Éditions médecine et hygiène, 7-8.

