



**HARM REDUCTION  
INTERNATIONAL**

# Arguments d'investissement: rapport coût-efficacité de la réduction des risques

À l'ère de la réduction des financements internationaux visant la riposte au VIH, à l'hépatite C (VHC) et la tuberculose (TB), et des priorités concurrentes pour les investissements domestiques en faveur des programmes de santé, il y a de plus en plus d'accent mis sur l'optimisation des ressources, l'allocation efficace des ressources et la rentabilisation.

Des preuves irréfutables provenant du monde entier démontrent que les interventions de réduction des risques sont rentables et peuvent être économiques à long terme. Le plaidoyer doit maintenant mettre en avant les arguments de l'investissement en faveur de la réduction des risques auprès des bailleurs, et impliquer de plus en plus les gouvernements, alors que les bailleurs se retirent.

Ce plaidoyer n'a jamais été aussi important. Le VIH continue d'augmenter chez les personnes usagères de drogues injectables, et pourtant le financement de la réduction des risques est en crise. Le soutien financier pour une riposte efficace au VIH pour les personnes usagères de drogues injectables<sup>1</sup> dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a totalisé 188 millions de dollars américains (USD) en 2016 - seulement un dixième des 1,5 milliard USD nécessaires chaque année d'ici 2020.<sup>2</sup> Le financement des bailleurs internationaux pour la réduction des risques a diminué d'un quart au cours de la dernière décennie.<sup>3</sup> Les pays à revenu intermédiaire sont de plus en plus vulnérables car les bailleurs réduisent ou arrêtent leur financement. Alors que de nombreux gouvernements investissent davantage dans le financement domestique visant la santé et le VIH, peu investissent substantiellement dans la réduction des risques, même lorsque le besoin est conséquent.<sup>4</sup>

## Préserver la qualité des services et les communautés au cœur de la riposte

Il y a une préoccupation grandissante au sein du plaidoyer en faveur de la réduction des risques : si trop d'accent est mis sur la rentabilité, les gouvernements et les bailleurs pourraient accorder plus de priorité aux finances qu'à la qualité des services fournis, ce qui menacerait la réduction des risques fondée sur les droits humains et centrée sur la communauté.

Face à cela, le principe de «rien pour nous sans nous» doit être fermement soutenu. Les communautés doivent être au centre de toutes les décisions concernant leur santé, y compris les décisions financières.

Les analyses économiques ne devraient pas être la seule base sur laquelle les décisions budgétaires sont prises. Le financement durable de la santé et de la réduction des risques requiert que l'équité, les droits humains et la communauté soient au centre.

Des investissements considérables dans des programmes visant à éliminer les obstacles aux droits humains et à réformer les politiques punitives seront cruciaux si l'élimination du sida, de la tuberculose, la riposte au VHC et la réalisation de la couverture de santé universelle d'ici 2030 doivent devenir plus qu'une réalité lointaine pour les personnes usagères de drogues.

## Le rapport coût-efficacité de la réduction des risques: des preuves dans sept domaines

Le résumé suivant fournit les preuves nécessaires au plaidoyer en vue de démontrer le rapport coût-efficacité de la réduction des risques et la valeur économique d'investissements accrus dans de telles interventions.

### 1 Les programmes d'aiguilles et de seringues sont l'une des interventions de santé publique les plus rentables

L'ONUSIDA estime que le coût moyen d'un programme d'aiguilles et de seringues (PAS) est de 23 à 71 USD par personne et par an.<sup>5</sup> Lorsque l'on considère le coût du traitement des infections au VIH et au VHC que les PAS préviennent, ceux-ci sont parmi les interventions de santé publique les plus rentables.<sup>6,7</sup>

Une analyse économique du PAS de 2000 à 2009 en **Australie** a révélé que, pour chaque dollar australien (AUD) investi, plus de quatre dollars ont été économisés en coûts de santé. En prévenant les nouvelles infections au VIH, le PAS a permis au gouvernement d'éviter les coûts importants associés au traitement à vie. Lorsqu'une gamme plus large de coûts a été prise en considération, y compris les gains et les pertes de productivité, l'étude a démontré que 27 AUD ont été économisés pour chaque dollar investi.<sup>8</sup>

Une étude réalisée à Odessa, en **Ukraine**, a révélé que les services de PAS, associés à la distribution de préservatifs et aux informations liées au VIH, via deux sites fixes et un site mobile ont évité environ 790 infections au VIH en seulement un an, économisant 97 USD par infection au VIH évitée.<sup>9</sup> Même avec des niveaux de couverture relativement faibles entre 20 et 38%, le projet s'est révélé à la fois efficace et rentable pour la prévention du VIH.

Une étude au **Bangladesh** indique que la mise en œuvre rapide d'un PAS, lorsque la prévalence du VIH parmi les personnes usagères de drogues injectables est faible, est plus rentable comparé à une situation où la prévalence est supérieure à 40%. Cependant, les deux approches se sont toujours avérées rentables.<sup>10</sup>

De même, des recherches menées dans la province du Yunnan en **Chine** ont montré que les PAS étaient rentables et économiques. On estime que les 1,04 million USD dépensés en PAS entre 2002 et 2008 ont permis d'économiser 1,38-1,97 million USD en coûts de traitement et de soins du VIH en raison du nombre d'infections évitées.<sup>11</sup>

### 2 La thérapie de substitution aux opioïdes est rentable pour les individus et la société

Le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) est plus cher que le PAS, coûtant entre 360 et 1 070 USD pour la méthadone et 1 230 et 3 170 USD pour la buprénorphine par personne et par an, mais il demeure rentable.<sup>12</sup> Le rapport coût-efficacité du TSO est encore plus favorable lorsque des avantages sociaux plus larges, tels que la réduction de la criminalité et de l'incarcération, sont pris en compte dans l'analyse.<sup>13</sup>

Une étude en **Indonésie** a estimé que l'augmentation de la couverture du TSO de 5% à 40% dans l'ouest de Java permettrait d'éviter environ 2 400 infections au VIH en huit ans, pour un coût d'environ 7 000 USD par infection évitée.<sup>14</sup> De même, en **Russie**, les preuves suggèrent que le TSO serait très rentable, car il permettrait d'économiser des dépenses de santé considérables associées au VIH et à la tuberculose.<sup>15</sup>

Certaines études comparent la rentabilité de différents types de TSO. Par exemple, un essai à Vancouver, au **Canada**, a révélé que le traitement de prescription médicale d'héroïne était plus rentable que le traitement de maintenance à la méthadone chez les personnes souffrant de dépendance chronique aux opioïdes. Lorsque les coûts liés à la criminalité et les dépenses à la charge du patient ont été pris en compte, le traitement assisté à l'héroïne est également devenu une option plus économique.<sup>16</sup>

### 3 Les services combinés de réduction des risques sont beaucoup plus rentables que les services isolés

Des preuves substantielles indiquent que l'association du PAS, du TSO et du traitement antirétroviral (TAR) est la stratégie VIH la plus efficace et la plus rentable pour les personnes usagères de drogues injectables.<sup>17,18,19</sup>

Une étude menée en **Malaisie** a révélé que la mise en œuvre combinée du PAS et du TSO entre 2006 et 2013 était à la fois efficace et rentable en matière de prévention du VIH, et que sa rentabilité augmenterait avec le temps. Le rapport coût-efficacité de ces programmes intégrés pourrait être encore plus favorable, si la couverture était plus élevée et si des facteurs individuels et sociétaux plus larges étaient pris en compte.<sup>20</sup>

En **Slovaquie**, une étude a révélé que chaque euro investi dans la réduction des risques générerait des profits d'une valeur de trois euros, et que chaque infection au VHC évitée permettrait d'économiser 106 000 € en coûts de traitement et de qualité de vie sur 25 ans.<sup>21</sup>

Des chercheurs au **Royaume-Uni** ont découvert qu'une couverture élevée de PAS et de TSO combinés réduisait le risque de contracter le VHC de 29 à 71%. Le PAS s'est avéré rentable (et économique dans certains contextes) pour la prévention du VHC. À l'inverse, la suppression du TSO et du PAS aurait un impact considérablement néfaste sur les épidémies de VHC. Dans un contexte spécifique au Royaume-Uni, cela augmenterait les nouvelles infections au VHC de 349% d'ici 2031.<sup>22</sup>

### 4 La distribution par les pairs de la naloxone est très rentable

La naloxone est une intervention qui sauve des vies en stoppant une overdose lors d'une consommation d'opioïdes. Les programmes de distribution par les pairs fournissent de la naloxone aux personnes susceptibles d'être témoins d'une overdose, comme les amis et les membres de la famille des personnes usagères d'opioïdes, ainsi qu'une formation sur la façon de l'administrer.

Une étude réalisée aux **États-Unis** a révélé que la distribution de naloxone par les pairs pour prévenir les décès liés aux overdoses était très rentable.<sup>23</sup> Des résultats similaires ont été démontrés dans une étude menée dans des villes en **Russie**.<sup>24</sup>

### 5 Les salles de consommation de drogues offrent un retour sur investissement élevé

Les salles de consommation de drogues supervisées varient en taille, en cadre et en approche, et donc en coût. Bien qu'elles puissent être coûteuses à établir, les salles de consommation de drogues supervisées offrent un retour sur investissement élevé.

En 2009, des chercheurs au **Canada** ont conclu qu'*Insite*, la salle d'injection supervisée de Vancouver, apportait un profit sociétal de 6 millions USD par an après prise en compte des coûts de mise en œuvre.<sup>25</sup>

Aux **États-Unis**, des chercheurs ont examiné le coût de l'introduction d'une salle d'injection supervisée à Baltimore, une ville fortement touchée par les overdoses d'opioïdes. Ils ont constaté qu'un investissement annuel de 1,8 million USD pour une salle d'injection supervisée entraînerait des économies de 7,8 millions USD.<sup>26</sup>

### 6 L'inaction, la réduction des fonds ou la fermeture des services ont des conséquences économiques négatives

Il est prouvé qu'une diminution ou une cessation totale des services de réduction des risques peut entraîner une augmentation des infections au VIH et/ou au VHC.

Si la **Suisse** avait cessé les services de réduction des risques en 2000, la modélisation a démontré qu'il y aurait eu une réapparition rapide de l'épidémie avec 4 965 personnes infectées au VIH.<sup>27</sup>

Une étude au **Mexique** a révélé que le retrait du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2013 a considérablement réduit l'accès à la réduction des risques, avec moins de travailleurs de proximité et avec des kits de réduction des risques de qualité inférieure. Cela souligne l'importance de transitions responsables et rythmées du financement des bailleurs internationaux au financement domestique.<sup>28</sup>

Au **Bélarus**, un déficit de financement de huit mois a réduit la distribution de seringues de 75%, ce qui a à son tour réduit l'impact et la rentabilité de cette intervention. Sans cet écart, la modélisation suggère que le programme aurait évité 53% d'infections supplémentaires au VIH sur huit mois et 26% sur 22 mois, et qu'il aurait coûté 11% de moins pour éviter chaque infection.<sup>29</sup>

### 7 Le coût économique des politiques punitives en matière de drogue

De nombreux gouvernements dépensent des sommes énormes pour des politiques punitives en matière de drogue. En plus de violer les droits humains, cette approche fait peser une lourde charge économique sur la santé publique, la société et l'individu. De nombreux pays emprisonnent des personnes pour consommation et possession de drogues. Cette incarcération est coûteuse à financer et entraîne également un coût énorme pour la santé publique. La prévalence du VIH, par exemple, est jusqu'à 50 fois plus élevée chez les détenus que dans le grand public.<sup>30</sup>

Dans plusieurs pays d'Asie, les personnes usagères de drogues sont envoyées dans des centres de détention et de réhabilitation forcées pour usagers de drogues. Les agences des Nations Unies ont condamné ces centres comme étant inefficaces et une violation des droits humains. Une étude au **Vietnam** a révélé que la détention d'une personne usagère de drogues injectables dans un centre de ce type coûte 2,5 fois plus cher au gouvernement local que si cette personne recevait un TSO dans la communauté pendant un an.<sup>31</sup>

La décriminalisation de la consommation personnelle de drogues permettrait aux gouvernements d'économiser des sommes considérables en matière d'application des lois et d'incarcération, comme en témoigne l'expérience du **Portugal**.<sup>32</sup> La réaffectation de seulement 7,5% des dépenses de contrôle des drogues (7,66 milliards USD) entraînerait une réduction de 94% des nouvelles infections au VIH chez les personnes usagères de drogues injectables et une réduction similaire des décès liés au sida d'ici à 2030.<sup>33,34</sup> Cela mettrait effectivement fin au VIH chez les personnes usagères de drogues injectables - ce que les pays se sont engagés à faire mais sont loin de réaliser.

## Références

1. UNAIDS (2019) Global Data. Geneva.
2. Cook, C. and Davies, C. (2018) *The Lost Decade: Neglect for harm reduction funding and the health crisis among people who use drugs*. Harm Reduction International, London.
3. Ibid.
4. Ibid.
5. Schwartländer, B. et al. (2011) *Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS*, The Lancet, 377 (9782), p.2031–2041.
6. Morrison, E. (2012) *Harm reduction at the crossroads: Case examples on scale and sustainability*, in Stoicescu, C. (2012) *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response*. Harm Reduction International, London.
7. Wilson, D. et al. (2009) *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, UNSW.
8. Ibid.
9. Vickerman, P. et al. (2006) *The Cost-Effectiveness of Expanding Harm Reduction Activities for Injecting Drug Users in Odessa, Ukraine*, Sexually Transmitted Diseases, 33 (10), p.589–102.
10. Guinness et al. (2010) *The cost-effectiveness of consistent and early intervention of harm reduction for injecting drug users in Bangladesh*, Addiction, 105 (2), p.319–328.
11. Zhang, L. et al. (2011) *Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return*, BMC Public Health, 11 (250).
12. Schwartländer, B. et al. (2011) *Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS*, The Lancet, 377 (9782), p.2031–2041.
13. Wilson, D. et al. (2015) *The cost-effectiveness of harm reduction*, International Journal of Drug Policy, 26, p.5–11.
14. Wammes, JJ. et al. (2012). *Cost-effectiveness of methadone maintenance therapy as HIV prevention in an Indonesian high-prevalence setting: A mathematical modeling study*, International Journal of Drug Policy, 23 (5), p.358–364.
15. Idrisov, B. et al. (2017) *Implementation of methadone therapy for opioid use disorder in Russia – a modeled cost-effectiveness analysis*, Substance Abuse Treatment Prevention Policy, 12 (1), p.4.
16. Nosyk, B. et al. (2012) *Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment*, Canadian Medical Association Journal, 184 (6), e317–28.
17. Kim et al. (2014) *Comparing the cost effectiveness of harm reduction strategies: a case study of the Ukraine*, Cost Effectiveness and Resource Allocation, 12 (25).
18. Degenhardt, L. et al. (2010) *Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed*, The Lancet, 376 (9737), p.285–301.
19. Reddon, H. et al. (2018) *Elimination of HIV transmission through novel and established prevention strategies among people who inject drugs*, The Lancet HIV, 6 (2), e128–e136.
20. Naning, H. et al. (2014), *Return on Investment and Cost-Effectiveness of Harm Reduction Programme in Malaysia*, World Bank.
21. Drug Reporter/Takács, I. (10 November, 2015) *Cost-effective Yet Underfunded: The Harm Reduction Program of Odyseus in Slovakia*, available at [www.drogriporter.hu/en/cost-effective-yet-underfunded-the-harm-reduction-program-of-odyseus-in-slovakia](http://www.drogriporter.hu/en/cost-effective-yet-underfunded-the-harm-reduction-program-of-odyseus-in-slovakia).
22. Platt, L. et al. (2017) *Assessing the impact and cost-effectiveness of needle and syringe provision and opioid substitution therapy on hepatitis C transmission among people who inject drugs in the UK: an analysis of pooled data sets and economic modeling*, NIHR Journals Library, Southampton.
23. Coffin, PO. and Sullivan, SD. (2013) *Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal*, Annals of Internal Medicine, 158, p.1–9.
24. Coffin PO, Sullivan SD. *Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal in Russian cities*. J Med Econ. 2013 Aug;16(8):1051-60.
25. Andresen, M. (2009) *A Cost – Benefit and Cost-Effectiveness Analysis of Vancouver’s Supervised Injection Facility*.
26. Irwin A, Jozaghi E, Weir BW, Allen ST, Lindsay A, Sherman SG. *Mitigating the heroin crisis in Baltimore, MD, USA: a cost-benefit analysis of a hypothetical supervised injection facility*. Harm Reduct J. 2017 May 12;14(1):29.
27. Marzel, A. et al. (2018) *The Cumulative Impact of Harm Reduction on the Swiss HIV Epidemic: Cohort Study, Mathematical Model, and Phylogenetic Analysis*, Open Forum Infectious Diseases, 5 (5).
28. Cepeda, JA. et al. (2019) *Evaluating the impact of global fund withdrawal on needle and syringe provision, cost and use among people who inject drugs in Tijuana, Mexico: a costing analysis*, BMJ Open, 9, e026298.
29. Kumaranayake, L. et al. (2004) *The cost-effectiveness of HIV preventive measures among injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus*, Addiction, 99, p.1565–76.
30. Mariner, J. and Schleifer, R. (2013) *The Right to Health in Prisons*, in Zuniga, J. et al. (eds) *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, Oxford.
31. Vuong, T. et al. (2015) *Economic Evaluation Comparing Center-Based Compulsory Drug Rehabilitation (CCT) with Community-Based Methadone Maintenance Treatment (MMT) in Hai Phong City, Vietnam*, FHI 360.
32. Csete, J. et al. (2016) *Public health and international drug policy*, The Lancet, 387 (10026), p.1427–1480.
33. Cook C, Phelan M, Stone K, Sander G & Murphy F (2016) *The Case for a Harm Reduction Decade: Progress, potential and paradigm shifts*. Harm Reduction International, London
34. Cook C, Lines R & Wilson D. (2016) *A no-brainer for ending AIDS: the case for a harm reduction decade*. J Int AIDS Soc. 2016; 19(1): 21129.