

INVESTIR DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES

**LES DONNÉES ÉCONOMIQUES EN
FAVEUR DE LA RÉDUCTION DES
RISQUES (VERSION 2024)**

À l'échelle mondiale comme nationale, le financement de la santé globale est en diminution. Les fonds internationaux dédiés à la lutte contre le VIH, l'hépatite C (VHC) et la tuberculose (TB) diminuent, tandis que la concurrence entre différentes priorités de santé au niveau national accentue cette tendance. Il est donc essentiel d'allouer les ressources disponibles de manière efficace, en garantissant un bon rapport coût-efficacité et une utilisation optimale des financements.

Des preuves solides à travers le monde démontrent que les interventions de réduction des risques sont efficaces¹ et peuvent même générer des économies à long terme.² Les acteur·rices du plaidoyer doivent souvent justifier l'investissement dans la réduction des risques auprès des bailleurs internationaux – et de plus en plus auprès des gouvernements à mesure que les financements internationaux se retirent.

Ce plaidoyer n'a jamais été aussi important. Les infections au VIH augmentent chez les personnes qui s'injectent des drogues³, tandis que le financement de la réduction des risques est en crise. En 2022, 151 millions dollars états-uniens (USD) ont été consacrés à la lutte contre le VIH auprès des personnes qui injectent des drogues dans les pays à revenu faible et intermédiaire – soit à peine 6 % des 2,7 milliards USD nécessaires chaque année d'ici 2025.⁴ Depuis 2007, le financement international pour la réduction des risques a été divisé par deux en volume.⁵ Les pays à revenu intermédiaire, en particulier au Moyen-

Orient et en Afrique du Nord, sont de plus en plus vulnérables à la hausse des infections au VIH chez les personnes qui utilisent des drogues parce que les financements des bailleurs internationaux pour la réduction des risques leur sont rarement destinés. Si de nombreux gouvernements augmentent leurs investissements dans la santé et la lutte contre le VIH, rares sont ceux qui financent réellement la réduction des risques, même lorsque les besoins sont importants. Depuis 2019, le nombre de pays finançant leurs propres programmes de réduction des risques et les montants investis pour ces programmes ont diminué.⁶

Le présent document⁷ fournit aux défenseur·euses de la réduction des risques les preuves nécessaires pour démontrer le rapport coût-efficacité de la réduction des risques et l'intérêt économique d'un investissement accru dans ces interventions.

GARDER LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES COMMUNAUTÉS AU CENTRE

Il est compréhensible que certain·es défenseur·euses s'inquiètent qu'un plaidoyer trop marqué sur le rapport coût-efficacité amène les gouvernements et les bailleurs à privilégier les considérations financières au détriment de la qualité des services, menaçant ainsi une approche de réduction des risques fondée sur les droits humains et centrée sur les communautés.

Dans ce contexte, le principe du « Rien sur nous sans nous » est essentiel. Les communautés doivent être au cœur de toutes les décisions qui concernent leur santé, y compris les décisions financières. Les analyses économiques ne devraient pas constituer le seul fondement des choix budgétaires.

L'équité, les droits humains et les communautés doivent être au centre du financement de la santé et de la réduction des risques. Sinon, cela ne sera pas durable. Un investissement beaucoup plus important dans les programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains et à réformer les politiques répressives est nécessaire si l'on veut que la fin du sida, de la tuberculose et de l'hépatite C, ainsi que la couverture santé universelle d'ici 2030, soient possibles pour les personnes qui utilisent des drogues.

TRAITEMENTS PAR AGONISTES OPIOÏDES

Les traitements par agonistes opioïdes (TAO)⁸ préviennent le VIH et l'hépatite C et sont recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une intervention prioritaire pour les personnes qui s'injectent des drogues.⁹ Les TAO améliorent la qualité de vie des personnes et présentent de nombreux avantages pour la société.¹⁰

Bien que le coût des TAO varie en fonction des facteurs liés à l'approvisionnement et aux modalités des services, les études montrent des coûts similaires par personne et par jour pour la méthadone dans plusieurs contextes, comme à Nairobi (Kenya, 1,49 USD), au Vietnam (1,01 USD)¹¹ et en Indonésie (1,11 USD).

En Iran, les données montrent que les centres de TAO sont extrêmement rentables en raison du nombre d'infections au VIH qu'ils préviennent.^{12,13} Une étude de 2014 a montré que les TAO ont empêché 86 nouvelles infections annuelles au VIH, pour un coût d'environ 471 USD par personne par an, tandis qu'une étude de 2017 a constaté que les centres de TAO ont prévenu 128 nouvelles infections au VIH sur une période d'un an.

En 2016, une étude au Viêt Nam a montré que les programmes de méthadone¹⁴ communautaires et basés sur le volontariat

étaient plus rentables que les traitements obligatoires en centre pour réduire la consommation de drogues, économisant ainsi environ 2 545 USD par personne sur trois ans.¹⁵ Les traitements obligatoires en centre ont coûté plus de trois fois plus cher sur trois ans que les programmes communautaires de méthadone. De plus, les traitements obligatoires entraînent de grands coûts d'opportunité liés au temps pendant lequel les personnes ne peuvent pas travailler.

Les recherches montrent qu'investir dans l'extension de l'offre de TAO est efficient. Par exemple, une étude de modélisation menée en Ukraine a constaté qu'augmenter la capacité et la couverture en TAO de 2 à 13 fois les niveaux existants dans trois grandes villes serait efficient lorsqu'on mesure par le nombre d'années de vie ajustées par la qualité gagnées.¹⁶

Les TAO à domicile, également appelés à dosage non supervisé, se sont avérés un traitement efficace et efficient pour la dépendance aux opioïdes. Une étude de 2017 menée en Australie a trouvé que la buprénorphine-naloxone auto-administrée à domicile était efficace pour réduire la consommation d'héroïne et permettait d'économiser 3 798 USD en coûts de traitement sur une période de 12 semaines (cela a également pris en compte les coûts réduits pour les forces de l'ordre en raison de la diminution de la criminalité).¹⁷

Certaines études comparent les différents

types de TAO. Par exemple, des études menées en Belgique et au Canada montrent que les programmes d'héroïne médicalisée et l'hydromorphe injectable sont plus rentables que les programmes de méthadone chez les personnes utilisant des opioïdes.^{18,19}

De nombreuses études menées aux États-Unis et en Australie entre 2020 et 2023 ont montré que fournir des TAO en prison et dans d'autres milieux fermés est efficace pour réduire la consommation d'héroïne et prévenir les décès par surdose, tout en permettant des économies.^{20,21} Une étude australienne comparant les types de TAO administrés aux personnes en prison et dans d'autres milieux fermés a révélé que la buprénorphine à dépôt, une forme injectable à libération prolongée de la buprénorphine, était l'option de traitement la moins coûteuse, coûtant 151 dollars australiens (101 USD) par personne par mois.²² Une autre étude en Nouvelle-Galles du Sud, toujours en

Australie, a constaté que prescrire des TAO aux personnes après leur libération de prison et d'autres milieux fermés était une méthode efficace pour réduire les décès liés aux surdoses durant les six premiers mois après la libération.²³

L'efficacité économique des TAO a également été démontrée dans des contextes et populations spécifiques, y compris dans les services d'urgence^{24,25}, les soins primaires^{26,27} et pour les personnes enceintes.^{28,29} Des études menées aux États-Unis ont trouvé que la buprénorphine initiée en service d'urgence, l'extension de la prescription de TAO en milieu hospitalier et l'intégration des TAO dans les soins primaires pouvaient améliorer l'espérance de vie, augmenter la portée et l'accessibilité de ces services, et être efficace pour traiter la dépendance aux opioïdes, lorsqu'on prend en compte les économies réalisées sur les coûts du système judiciaire pénal.^{30,31}

PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES

Les programmes d'échange de seringues (PES)³² ont prouvé leur efficacité pour réduire la transmission du VIH et de l'hépatite C dans de nombreux contextes.^{33,34} C'est pourquoi

l'OMS recommande les PES comme faisant partie du paquet essentiel d'interventions pour les personnes qui s'injectent des drogues.³⁵ Les PES sont l'une des interventions de santé publique les plus efficaces, bien que les coûts varient.^{36,37} En 2023, le coût unitaire par seringue distribuée allait de 0,08 USD à 20,77 USD, selon le contexte.³⁸

Il existe un corpus de preuves significatif prouvant l'efficacité économique des PES,

y compris en provenance des États-Unis³⁹, d'Australie⁴⁰ et du Royaume-Uni.^{41,42,43} Malgré le coût plus élevé de mise en œuvre des PES pour atteindre la couverture nécessaire pour prévenir l'hépatite C (plus infectieuse que le VIH), les recherches menées au Royaume-Uni montrent que les PES sont efficaces pour réduire la transmission de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues. En Écosse, des chercheurs ont estimé que les économies à long terme pouvaient atteindre jusqu'à 250 % de l'investissement initial.⁴⁴ Les données provenant du Royaume-Uni ont également montré que remplacer les seringues à usage unique par des seringues à usage multiple dans les PES permettrait probablement de réaliser des économies tout en réduisant la transmission de l'hépatite C.^{45,46}

Une modélisation menée aux États-Unis a évalué les économies liées à l'extension des PES dans le pays. Elle a révélé que pour chaque dollar états-unien investi dans les PES, entre 6,38 et 7,58 USD seraient économisés en traitements du VIH.⁴⁷

Une étude de 2018 examinant les PES en Europe de l'Est et en Asie centrale a trouvé qu'augmenter la couverture des PES (à un coût inférieur à 0,50 USD par seringue distribuée),

en combinaison avec le traitement antirétroviral (TAR) et d'autres services liés au VIH, serait efficace et très efficace pour réduire la transmission du VIH et de l'hépatite C.⁴⁸

En Malaisie, des chercheurs ont montré que le programme national de PES était efficace et permettait de faire des économies. Même à des niveaux de couverture plus faibles, les PES ont permis de prévenir 12 191 infections au VIH, économisant 45,53 millions de MYR (9,6 millions de USD) en coûts de traitement entre 2006 et 2013.⁴⁹

Dans la province du Yunnan en Chine, il a été constaté que les PES étaient efficaces et permettaient de réaliser des économies. Les 1,04 million de dollars états-unien dépensés pour les PES entre 2002 et 2008 ont entraîné des économies estimées entre 1,38 et 1,97 million de dollars en raison du nombre d'infections au VIH évitées, ce qui a réduit les dépenses nécessaires pour le traitement et les soins du VIH.⁵⁰

DISTRIBUTION DE NALOXONE

Les programmes de distribution de naloxone par les pairs⁵¹ fournissent de la naloxone aux personnes les plus susceptibles d'être témoins d'une surdose aux opioïdes, comme les amis et la famille des usagers, et les forment à son utilisation en cas de surdose. L'administration de naloxone est une intervention vitale.

Une étude de 2020 menée aux États-Unis a révélé que la distribution de naloxone est une intervention efficace pour prévenir les décès par surdose lorsqu'elle est distribuée aux pairs

des personnes qui utilisent des drogues, ainsi qu'aux personnes les plus susceptibles d'être témoins d'une surdose, et au grand public. Une distribution élevée à ces deux groupes a permis de prévenir 21 % de décès par surdoses en plus par rapport à une distribution minimale.⁵² Une autre étude américaine, la même année, a montré que distribuer une fois de la naloxone aux pharmacies de ville permettrait de prévenir 14 décès supplémentaires par surdose pour 100 000 personnes et serait efficace.⁵³

En Australie, une étude a constaté que donner de la naloxone aux personnes suivant un TAO était une intervention efficace et pourrait sauver plus de 650 vies entre 2020 et 2030.⁵⁴

SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE/ HALTES SOINS ADDICTIONS

Les salles de consommation de drogues à moindre risque (SCMR)⁵⁵ (ou Haltes soins addictions) varient en taille, en contexte, en approche et, par conséquent, en coût. Bien

qu'elles puissent être plus coûteuses à mettre en place que d'autres services de réduction des risques, leur efficacité a été démontrée.

En 2014, une étude menée à Vancouver, au Canada, a révélé qu'une salle de consommation non officielle dédiée à la cocaïne basée (crack) et à la méthamphétamine en cristaux avait permis d'économiser 1,32 million de USD par an en évitant de nouvelles infections par le VHC et les coûts de traitement associés.⁵⁶

En 2019, une étude menée à Seattle, aux États-Unis, a estimé que la mise en place d'une SCMR permettrait d'économiser 4,22 USD en

frais de santé pour chaque dollar investi dans son fonctionnement.⁵⁷

En 2020, des recherches aux États-Unis ont conclu que mettre en place des SCMR à Boston, Philadelphie, San Francisco,

Atlanta, Seattle et Baltimore serait efficace et contribuerait à réduire le nombre de décès par surdose.⁵⁸

SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES INTÉGRÉS

Bien que la mise en place isolée de ces services de réduction des risques ait prouvé son efficacité, les données démontrent clairement que la combinaison des services de réduction des risques, ainsi que leur intégration aux services de prévention et de traitement du VIH et du VHC, constitue la stratégie la plus efficace et économiquement avantageuse.

En 2023, une équipe de recherche en Inde a constaté que l'intégration des PES, des TAO et d'un accompagnement élargi à la réduction des risques⁵⁹ était efficace pour la prévention du VIH, permettant d'éviter 996 infections sur une période de trois ans.⁶⁰

En Malaisie, la mise en œuvre conjointe des PES et des TAO s'est révélée efficace et efficace, permettant de prévenir 12 653 infections au VIH et d'économiser 47,06 millions de RM (9,9 millions USD) entre 2006 et 2013.⁶¹

En Chine, la combinaison des PES et des TAO a permis de prévenir 5 678 infections au VIH entre 2005 et 2010, générant 4,4 millions USD d'économies sur les coûts de traitement et de prise en charge du VIH.⁶²

Une étude menée en 2019 au Mexique a révélé qu'une large couverture des services de réduction des risques et du traitement du VHC était la stratégie la plus efficace pour atteindre les objectifs d'élimination du VHC. L'étude a également montré que la combinaison des PES et de l'éducation à la réduction des risques avait permis de prévenir 869 infections au VIH entre 2015 et 2018, permettant une économie potentielle de plus de 600 000 MX\$ (environ 40 000 USD).⁶³

Une modélisation menée en Europe de l'Est et en Asie centrale a révélé que l'intensification conjointe des PES, des TAO et des traitements antirétroviraux (TAR) pour les personnes qui s'injectent des drogues serait efficace en Géorgie, permettrait de réduire les coûts au Kazakhstan et en République de Moldavie. Au Tadjikistan, la combinaison des PES, des TAO, des TAR et du dépistage du VIH s'est

avérée hautement efficace. L'augmentation de la couverture de toutes ces interventions (y compris le traitement du VHC par antiviraux à action directe) était toujours la stratégie la plus efficace pour réduire la transmission du VIH et du VHC.⁶⁴

Des recherches menées au Royaume-Uni ont montré que la combinaison d'une couverture élevée des PES et des TAO réduisait le risque d'infection par le VHC de 29 à 71 %, comparé à une couverture minimale des services de

réduction des risques. Cette modélisation a également révélé que la suppression des programmes de PES et TAO aggraverait l'épidémie de VHC dans le pays ; dans une région du Royaume-Uni, il a été estimé que la suppression des PES et des TAO entraînerait une augmentation de 349 % des infections par le VHC d'ici 2031.⁶⁵

LE COÛT DE L'INACTION, DE LA BAISSÉ DES FINANCEMENTS OU DE LA FERMETURE DES SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES

Un nombre croissant de données démontre que la réduction ou l'arrêt des services de réduction des risques entraîne directement une hausse des infections au VIH et/ou au VHC. Par exemple, lorsque le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a mis fin à ses subventions en Roumanie et en Serbie, cela a conduit à la fermeture de

programmes et un pic des infections s'en est suivi.^{66,67}

En Biélorussie, une interruption de financement de huit mois des services de réduction des risques a entraîné une baisse de 75 % de la distribution de seringues, et a réduit l'impact et l'efficacité de l'intervention. Une modélisation suggère que 53 % d'infections supplémentaires au VIH auraient pu être évitées sans cette interruption de financement.⁶⁸

En Suisse, une modélisation a révélé que si le pays avait cessé ce type de services au lieu de mettre en place des programmes de réduction des risques en 2005, cela aurait conduit à une épidémie de VIH et 1 351 personnes supplémentaires auraient pu devenir séropositives.⁶⁹

LE CÔTÉ ÉCONOMIQUE DES POLITIQUES DES DROGUES RÉPRESSIVES

De nombreux gouvernements dépensent des sommes considérables pour la répression des personnes qui utilisent des drogues ; des montants bien plus élevés que ceux alloués à l'investissement dans la réduction des risques.⁷⁰ Cette approche viole les droits humains et impose un lourd fardeau économique sur la santé publique, la société et les individus. Dans de nombreux pays, des personnes sont emprisonnées pour consommation et possession de drogues.⁷¹

En 2019, le ministère de la Justice et des Droits humains en Indonésie a consacré environ 42 % de son budget total à la gestion des prisons, y compris à la nourriture pour les personnes détenues. Si l'Indonésie décriminalisait la possession personnelle de petites quantités de drogues, le fardeau pesant sur les prisons et autres milieux fermés serait réduit de 40%.⁷²

Le budget australien consacré aux drogues pour l'année 2021/2022 était de 5,45 milliards de dollars australiens (3,63 milliards USD), dont 64 % ont été alloués à l'application de la loi, 27 % aux traitements, 7 % à la prévention, et seulement 1,6 % à la réduction des risques.⁷³ Une étude menée en 2023 en Australie a démontré l'efficacité de la décriminalisation en modélisant ce qui se passerait si le système

d'avertissement pour l'usage de cannabis était étendu à toutes les drogues. L'étude a trouvé que ce changement de politique permettrait de réduire les coûts liés à l'application de la loi de plus de 50 %, tout en générant des revenus pour le gouvernement.⁷⁴

Les recherches menées en Europe de l'Est et en Asie centrale montrent que la décriminalisation de la consommation de drogues pourrait réduire considérablement la transmission du VIH dans la région, car elle permettrait à un plus grand nombre de personnes qui s'injectent des drogues d'accéder aux TAO, et aux TAR si elles vivent avec le VIH. Cela serait possible en réorientant les fonds actuellement alloués à la politique répressive et à l'application de la loi vers la réduction des risques et les traitements du VIH.⁷⁵

L'expérience du Portugal montre à la fois l'efficacité et l'efficacité de la décriminalisation des drogues.⁷⁶ Depuis que la possession personnelle de toutes les drogues a été décriminalisée en 2001, les coûts sociaux de la consommation de drogues, y compris les coûts des décès liés aux drogues, des poursuites judiciaires et de l'incarcération, ont diminué de plus de 18%.⁷⁷ Cette réduction des coûts s'ajoute à une baisse des décès liés aux drogues et à une réduction des infections au VIH et au VHC associées à l'injection de drogues, ce qui est lié à la hausse des services de traitement et de réduction des risques.⁷⁸

Une modélisation montre que réaffecter

seulement 7,5 % des dépenses mondiales sur le contrôle des drogues (soit 7,66 milliards USD) permettrait de réduire de 94 % les nouvelles infections au VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues, ainsi qu'une

réduction similaire des décès liés au sida d'ici 2030.^{79,80} Cela mettrait effectivement fin au VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues.

CONCLUSION

Les données confirment fortement les avantages économiques et sociaux de l'investissement dans la réduction des risques. Les programmes de TAO, les PES, la distribution de naloxone et les SCMR ont prouvé leur efficacité et leur capacité à générer des économies dans divers contextes dans le monde.

Conformément aux recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA, combiner plusieurs stratégies de réduction des risques les rend encore plus efficaces et augmente leur impact, et permet de réduire significativement la transmission

du VIH et du VHC. Il existe également des données solides que la décriminalisation des drogues est une approche économiquement bénéfique.

Malgré cela, la réduction des risques reste sous-financée dans la plupart des régions du monde. Les gouvernements peuvent atteindre des objectifs mondiaux de santé, comme mettre fin au sida et atteindre la couverture santé universelle d'ici 2030 s'ils augmentent les investissements dans des solutions probantes. Cela implique d'investir dans la réduction des risques et de réformer les politiques de drogues répressives. Ignorer les données et ne pas agir coûtera bien plus cher à long terme.

RÉFÉRENCES

- 1 Le terme « efficience » désigne les programmes et les interventions dont la mise en œuvre nécessite moins d'argent, mais qui produisent des résultats de qualité.
- 2 La réduction des coûts consiste à économiser de l'argent sur le coût global des soins de santé. Par exemple, une intervention préventive peut réduire la fréquence d'apparition d'une maladie, ce qui permet d'économiser le coût du traitement, qui est souvent plus élevé que le coût de la prévention.
- 3 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, (2024), The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads — 2024 global AIDS update, UNAIDS, Geneva.
- 4 Harm Reduction International, (2024), The Cost of Complacency: A Harm Reduction Funding Crisis, HRI, London.
- 5 Ibid.
- 6 Ibid.
- 7 Cette note est la version actualisée de la note HRI 2020 intitulée « Investir dans la réduction des risques : Preuves du rapport coût-efficacité de la réduction des risques ». La version actualisée est basée sur un examen complet des données économiques relatives à la réduction des risques, et elle inclut de nouvelles données, avec un accent particulier sur les études publiées depuis 2020 et dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les deux documents se recoupent dans une certaine mesure, les données les plus solides étant présentées dans les deux.
- 8 Pour plus de détails sur la disponibilité des traitements par agonistes opioïdes à travers le monde, se référer à la publication d'Harm reduction international "L'état global de la réduction des risques ».
- 9 World Health Organization, (2012), WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users—2012 revision, WHO, Geneva.
- 10 Bernard, C. L., et al., (2017), 'Estimation of the cost-effectiveness of HIV prevention portfolios for people who inject drugs in the United States: a model-based analysis', PLoS Medicine, 14 (5), e1002312.
- 11 Mogaka, B., et al., (2021), 'Estimate cost of providing methadone maintenance treatment at a methadone clinic in Nairobi Kenya: direct costs', Pan African Medical Journal, 38 (1); Pourkhajoei, S. et al., (2017), 'Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment centers in prevention of human immunodeficiency virus infection', Addiction & Health, 9 (2), 81.
- 12 Keshtkaran, A, et al., (2014), 'Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment in prevention of HIV among drug users in Shiraz, South of Iran', Iranian Red Crescent Medical Journal, 16 (1).
- 13 Pourkhajoei, S., et al., (2017), 'Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment centers in prevention of human immunodeficiency virus infection', Addiction & Health, 9 (2), 81.
- 14 Au Viêt Nam, "methadone maintenance therapy (MMT) est le terme employé pour désigner les TAO à base de méthadone.

- 15 Vuong, T., et al., (2016), 'Cost-effectiveness of center-based compulsory rehabilitation compared to community-based voluntary methadone maintenance treatment in Hai Phong City, Vietnam', *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 147-155.
- 16 Morozova, O., et al., (2020), 'Cost-effectiveness of expanding the capacity of opioid agonist treatment in Ukraine: dynamic modeling analysis', *Addiction*, 115 (3), 437-450.
- 17 Dunlop, A. J., et al., (2017), 'Effectiveness and cost-effectiveness of unsupervised buprenorphine-naloxone for the treatment of heroin dependence in a randomized waitlist controlled trial', *Drug and Alcohol Dependence*, 174, 181-191.
- 18 Demaret, I., et al., (2015), 'Efficacy of heroin-assisted treatment in Belgium: a randomised controlled trial', *European Addiction Research*, 21 (4), 179-187.
- 19 Bansback, N., et al., (2018), 'Cost-effectiveness of hydromorphone for severe opioid use disorder: findings from the SALOME randomized clinical trial', *Addiction*, 113 (7), 1264-1273.
- 20 Zarkin, G.A., (2020), 'Cost and cost-effectiveness of interim methadone treatment and patient navigation initiated in jail', *Drug and Alcohol Dependence*, 217, 108292.
- 21 Chatterjee, A. et al., (2023), 'Estimated costs and outcomes associated with use and nonuse of medications for opioid use disorder during incarceration and at release in Massachusetts', *JAMA Network Open*, 6 (4), e237036-e237036.
- 22 Ling, R., et al., (2022), 'Depot buprenorphine as an opioid agonist therapy in New South Wales correctional centres: a costing model', *BMC Health Services Research*, 22 (1), 1326.
- 23 Gisev, N., et al., (2015), 'A cost-effectiveness analysis of opioid substitution therapy upon prison release in reducing mortality among people with a history of opioid dependence', *Addiction*, 110 (12), 1975-1984.
- 24 Busch, S. H., et al., (2017), 'Cost-effectiveness of emergency department-initiated treatment for opioid dependence', *Addiction*, 112(11), 2002-2010.
- 25 Barocas, J. A., et al., (2022), 'Clinical impact, costs, and cost-effectiveness of hospital-based strategies for addressing the US opioid epidemic: a modelling study', *The Lancet Public Health*, 7 (1), e56-e64.
- 26 Jawa, R., et al., (2023), 'Estimated clinical outcomes and cost-effectiveness associated with provision of addiction treatment in US primary care clinics', *JAMA Network Open*, 6 (4), e237888-e237888.
- 27 Choi, S. A., et al., (2024), 'Cost-effectiveness of full and partial opioid agonists for opioid use disorder in outpatient settings: United States healthcare sector perspective', *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 160, 209237.
- 28 Premkumar, A., et al., (2019), 'Methadone, buprenorphine, or detoxification for management of perinatal opioid use disorder: a cost-effectiveness analysis', *Obstetrics & Gynecology*, 134 (5), 921-931.
- 29 Robin, A. M., et al., (2022), 'Cost effectiveness of buprenorphine vs. methadone for pregnant people with opioid use disorder', *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35 (25), 4918-4926.
- 30 Qian, G., (2023), 'Cost-effectiveness of office-based buprenorphine treatment for opioid use disorder', *Drug and Alcohol Dependence*, 243, 109762.

- 31 Choi, S.A., et al., (2024), 'Cost-effectiveness of full and partial opioid agonists for opioid use disorder in outpatient settings: United States healthcare sector perspective', *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 160, 209237.
- 32 Pour plus de détails sur la disponibilité des programmes d'échange de seringues à travers le monde, se référer à la publication d'Harm reduction international "L'état global de la réduction des risques ».
- 33 Fernandes, R. M., et al., (2017), 'Effectiveness of needle and syringe Programmes in people who inject drugs—An overview of systematic reviews', *BMC Public Health*, 17, 1-15.
- 34 Sweeney, S., et al., (2019), 'Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs', *Addiction*, 114 (3), 560-570.
- 35 World Health Organization, (2022), *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, WHO, Geneva
- 36 Morrison E., (2012), 'Harm reduction at the crossroads: Case examples on scale and sustainability', in Stoicescu, C., *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response*, Harm Reduction International, London.
- 37 Wilson, D. P., et al., (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, The University of New South Wales
- 38 Killion, J.A., et al., (2023), 'Unit costs of needle and syringe program provision: a global systematic review and cost extrapolation', *AIDS*, 37 (15), 2389-2397
- 39 Nguyen, T. Q., et al., (2014), 'Syringe exchange in the United States: a national level economic evaluation of hypothetical increases in investment', *AIDS and Behavior*, 18, 2144-2155.
- 40 Kwon, J. A., et al., (2012), 'Estimating the cost-effectiveness of needle-syringe programs in Australia', *AIDS*, 26 (17), 2201-2210.
- 41 Sweeney, S., et al., (2019), 'Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs', *Addiction*, 114 (3), 560-570.
- 42 Csák, R., (2023), *Low dead space syringes: Analysis and benefits for people who inject drugs*, Harm Reduction International, London.
- 43 Hancock, E., et al., (2020), 'Detachable low dead space syringes for the prevention of hepatitis C among people who inject drugs in Bristol, UK: an economic evaluation', *Addiction*, 115 (4), 702-713.
- 44 Sweeney, S., et al., (2019), 'Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs', *Addiction*, 114 (3), 560-570.
- 45 Les seringues à faible espace mort réduisent le risque de transmission du VIH et du VHC en raison de l'espace réduit à l'intérieur de la seringue où le liquide peut rester une fois que le piston est complètement enfoncé. Cet espace réduit détermine la quantité de sang qui peut être transférée d'une personne à l'autre lorsque les aiguilles sont partagées. Pour plus d'informations, voir Csák, R., (2023), *Low dead space syringes: Analysis and benefits for people who inject drugs*, Harm Reduction International, London

- 46 Hancock, E., et al., (2020), 'Detachable low dead space syringes for the prevention of hepatitis C among people who inject drugs in Bristol, UK: an economic evaluation', *Addiction*, 115 (4), 702-713.
- 47 Nguyen, T.Q., et al. (2014), 'Syringe exchange in the United States: a national level economic evaluation of hypothetical increases in investment', *AIDS and Behavior*, 18, 2144-2155.
- 48 Wilson, D. P., (2018), Needle-syringe programs are cost-effective in Eastern Europe and Central Asia: data synthesis, modeling, and economics for nine case-study countries, Optima Consortium for Decision Science.
- 49 Naning, H., et al., (2014), Return on investment and cost-effectiveness of harm reduction program in Malaysia, University of Malaya, Kirby Institute and World Bank.
- 50 Zhang, L., (2011), 'Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return', *BMC Public Health*, 11, 1-11.
- 51 Pour plus de détails sur la disponibilité de la naloxone à travers le monde, se référer à la publication d'Harm reduction international "L'état global de la réduction des risques ».
- 52 Townsend, T., et al., (2020), 'Cost-effectiveness analysis of alternative naloxone distribution strategies: First responder and lay distribution in the United States', *International Journal of Drug Policy*, 75, 102536.
- 53 Acharya, M., et al., (2020), 'Cost-effectiveness of intranasal naloxone distribution to high-risk prescription opioid users', *Value in Health*, 23 (4), 451-460.
- 54 Nielsen, S., (2022), 'The cost and impact of distributing naloxone to people who are prescribed opioids to prevent opioid-related deaths: findings from a modelling study', *Addiction*, 117 (4), 1009-1019.
- 55 Pour plus de détails sur la disponibilité des salles de consommation à moindre risque/haltes soins addictions à travers le monde, se référer à la publication d'Harm reduction international "L'état global de la réduction des risques ».
- 56 Jozaghi, E. and Vancouver Area Network of Drug Users, (2014), 'A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of an unsanctioned supervised smoking facility in the Downtown Eastside of Vancouver, Canada', *Harm Reduction Journal*, 11, 1-8.
- 57 Hood, J. E., et al., (2019), 'The projected costs and benefits of a supervised injection facility in Seattle, WA, USA', *International Journal of Drug Policy*, 67, 9-18.
- 58 Armbricht, E., et al., (2021), Supervised Injection Facilities and Other Supervised Consumption Sites: Effectiveness and Value; Final Evidence Report, Institute for Clinical and Economic Review, Boston.
- 59 Ce soutien plus large comprenait la distribution de préservatifs, l'éducation à la réduction des risques et l'orientation vers des soins de santé.
- 60 Saraswati, L. R., et al., (2023), 'Infections averted by a comprehensive HIV prevention intervention and its cost-effectiveness: a prospective cohort study of persons who inject drugs in Delhi, India', *Journal of Development Effectiveness*, 15 (1), 77-90.
- 61 Naning, H., et al., (2014), Return on investment and cost-effectiveness of harm reduction program in Malaysia, University of Malaya, Kirby Institute and World Bank.

- 62 Ni, M. J., et al., (2012), 'Net financial benefits of averting HIV infections among people who inject drugs in Urumqi, Xinjiang, Peoples Republic of China (2005–2010)', *BMC Public Health*, 12, 1-7.
- 63 Valenzuela-Lara, M., (2019), 'Impact of funding harm reduction programs for people who inject drugs in Mexico', *Salud Mental*, 42 (4), 157-163.
- 64 Mabileau, G. et al., (2018), 'Intervention packages to reduce the impact of HIV and HCV infections among people who inject drugs in Eastern Europe and Central Asia: a modeling and cost-effectiveness study', *Open Forum Infectious Diseases*, 5 (3), 40.
- 65 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 modelling', *Public Health Research*, 5 (5), 1-118.
- 66 Cook, C., (2017), *Harm reduction investments in the European Union: Current spending, challenges and successes*, Harm Reduction International, London
- 67 Open Society Foundations Public Health Program, (2017), *Lost in Transition: Three Case studies of Global Fund withdrawal in South Eastern Europe*, OSF, New York.
- 68 Kumaranayake, L., et al., (2004), 'The cost-effectiveness of HIV preventive measures among injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus', *Addiction*, 99 (12), 1565-1576.
- 69 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) 78.
- 70 Voir www.investinjustice.net
- 71 Mariner, J. and Schleifer, R., (2013), 'The right to health in prison' in Zuniga, J., Marks, P. and Gostin, L. (eds), *Advancing the Human Right to Health*, 291-304.
- 72 Rumah Cemara and Harm Reduction International, (2023), *Benefits of health approaches in drug control*, HRI, London (unpublished).
- 73 Ritter, A., et al., (2024), *Monograph № 36: The Australian 'drug budget': Government drug policy expenditure 2021/22*, University New South Wales Social Policy Research Centre, Sydney.
- 74 Tran, A. D., Weatherburn, D. and Poynton, S., (2023), 'The savings associated with decriminalization of drug use in New South Wales, Australia: A comparison of four drug policies', *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 149, 208983.
- 75 Ward, Z., et al., (2022), 'Costs and impact on HIV transmission of a switch from a criminalisation to a public health approach to injecting drug use in eastern Europe and central Asia: a modelling analysis', *The Lancet HIV*, 9 (1), e42-e53.
- 76 Csete, J., et al., (2016), 'Public health and international drug policy', *The Lancet*, 387 (10026), 1427-1480.
- 77 Murkin, G., (13 May 2021), 'Drug Decriminalisation in Portugal: setting the record straight' [online blog, accessed August 2024], Transform Drug Policy Foundation, Bristol, UK.
- 78 Ibid.

- 79 Cook, C., et al., (2016), The Case for a Harm Reduction Decade: Progress, potential and paradigm shifts, Harm Reduction International, London.
- 80 Cook, C., Lines, R. and Wilson, D. P., (2016), 'A no brainer for ending AIDS: the case for a harm reduction decade', Journal of International AIDS Society, Volume 19, Issue 1.

**INVESTIR DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES:
LES DONNÉES ÉCONOMIQUES EN FAVEUR DE LA
RÉDUCTION DES RISQUES**