

EXTRAIT DE

« La réduction des méfaits : Une démarche pour réduire les comportements à risque des adolescents en matière de santé »

Auteur(s) principal(aux)

KM Leslie; Société canadienne de pédiatrie, [Comité de la santé de l'adolescent](#)
Paediatr Child Health 2008;13(1):57-60

Introduction

La réduction des méfaits est une stratégie de santé publique qui, à l'origine, a été élaborée pour les adultes ayant des problèmes de toxicomanie et pour qui il était impossible d'être abstinent. Les approches de réduction des méfaits sont efficaces pour réduire la morbidité et la mortalité dans ces populations d'adultes. Ces dernières années, ces démarches ont été utilisées avec succès en éducation à la santé sexuelle afin de réduire à la fois les grossesses d'adolescentes et les infections transmises sexuellement (ITS), y compris le VIH. Les programmes s'inspirant de la philosophie de réduction des méfaits ont également réussi à diminuer l'utilisation hasardeuse d'alcool. Les populations de patients visées et le contexte de transmission des stratégies de réduction des méfaits influent sur les interventions utilisées. Les dispensateurs de soins (DDS) qui prodiguent des soins aux adolescents devraient connaître les types de stratégies de réduction des méfaits conçus pour réduire les risques potentiels associés aux comportements normatifs des adolescents en matière de santé.

Le présent document de principes vise à fournir aux DDS un historique et une définition de la réduction des méfaits comme politique de santé publique, ainsi qu'à décrire comment les DDS peuvent utiliser la réduction des méfaits avec efficacité auprès des adolescents.

Historique

La réduction des méfaits peut être décrite comme une stratégie visant des personnes et des groupes afin de réduire les dommages reliés à certains comportements. Lorsqu'elle est appliquée à la toxicomanie, la réduction des méfaits tient compte du fait qu'une utilisation continue de médicaments et de drogues (licites et illicites) est inévitable dans la société et établit des objectifs pour en réduire les conséquences indésirables.

...

La réduction des méfaits a évolué au fil du temps, depuis sa première manifestation dans les années 1980 comme solution de rechange aux interventions axées seulement sur l'abstinence auprès d'adultes atteints de troubles de toxicomanie [6]. À l'époque, on a admis que l'abstinence ne constitue pas un objectif réaliste pour les personnes toxicomanes. De plus, les personnes qui étaient intéressées à réduire leur consommation, mais pas à y mettre un terme, étaient exclues des programmes exigeant l'abstinence.

D'après des données convaincantes tirées des publications scientifiques sur les adultes, les approches de réduction des méfaits réduisent considérablement la morbidité et la mortalité reliées aux comportements hasardeux pour la santé. Par exemple, dans les régions où on a adopté des programmes d'échange de seringues, la séroprévalence au VIH a connu des diminutions annuelles moyennes par rapport aux régions où ces programmes ne sont pas implantés [7]. L'accès aux programmes d'entretien à la méthadone et l'utilisation de ces programmes sont fortement reliés à une diminution de la mortalité, tant par des causes naturelles que par surdose, ce qui laisse supposer que ces programmes ont des répercussions sur la santé sociomédicale globale [8]. Le plus récent ajout à ce spectre continu de réduction des méfaits est celui de lieux d'injection supervisés, qui ont été implantés avec succès en Suisse et aux Pays-Bas et, plus récemment, à Vancouver, en Colombie-Britannique. Les DDS jouent un rôle important dans bon nombre de ces projets de réduction des méfaits.

Comment ce concept de réduction des méfaits peut-il s'appliquer aux adolescents? La majorité des adolescents n'auront pas besoin des stratégies de réduction des méfaits exposées ci-dessus. Cependant, une approche de réduction des méfaits s'arrime bien avec ce que l'on sait du développement et de la prise de décision des adolescents. L'adolescence est une période d'expérimentation et de prise de risque. Les adolescents ont aussi tendance à rejeter l'autorité et à rechercher l'autonomie dans leur prise de décision. Les jeunes adoptent des comportements qui peuvent avoir des issues négatives.

Dans une étude [9], plus des deux tiers des élèves ontariens du secondaire ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année précédente, et le tiers a déclaré avoir pris du cannabis au cours de la même période. L'ingestion d'alcool s'associe au risque d'intoxication et de surdose (notamment en cas de cuite). L'alcool désinhibe, ce qui peut favoriser un comportement agressif et des batailles, ou des avances ou des expériences sexuelles non désirées. De 8 % à 10 % des jeunes déclarent que la consommation de drogue ou d'alcool les a incités à avoir leur première relation sexuelle [10]. Les activités sexuelles non protégées s'associent à une plus forte incidence d'ITS et peuvent provoquer des grossesses non désirées. En fait, le plus fort taux d'ITS au Canada s'observe chez les 15 à 24 ans, les filles de 15 à 19 ans ayant le plus fort taux de chlamydia et de gonorrhée [11]. Selon l'étude de 2002 sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada [10], l'âge des premières relations sexuelles diminue graduellement au fil des ans, mais l'âge médian des premières relations sexuelles n'a pas changé depuis plus de dix ans et se situe toujours aux alentours de 17 ans. Près de 30 % des garçons et filles de 9^e année (secondaire III) ont déclaré avoir pratiqué le sexe oral.

Dans l'ensemble, les tendances à long terme révèlent des changements à ces comportements dans le temps, mais il est fort peu probable que des interventions réussissent à les éliminer à l'adolescence. Il est toutefois concevable d'élaborer des stratégies améliorées, afin de ralentir certaines tendances observées depuis dix ans. On vise à réagir à la tendance à commencer à un âge plus précoce à consommer des drogues comme le cannabis pour la première fois et à s'adonner à des activités sexuelles.

Il existe plusieurs approches possibles envers la consommation de drogues et d'autres comportements hasardeux :

- décourager le comportement (p. ex., recommander à l'adolescent d'abandonner tout à fait le comportement);
- encourager l'adolescent à limiter son comportement;
- fournir à l'adolescent de l'information visant à réduire les conséquences dommageables du comportement lorsqu'il se produit.

Certaines études [12] tirées des publications sur l'utilisation des drogues et de l'alcool révèlent que le risque perçu de dommages est inversement proportionnel au degré d'utilisation. La transmission de renseignements sur les risques potentiels et les moyens de les réduire peuvent avoir des répercussions sur ces comportements. Il est important de reconnaître que les programmes destinés à la prévention primaire d'un comportement donné doivent aborder d'autres aspects que les programmes visant la prévention secondaire dans des groupes d'adolescents pour qui ce comportement est déjà bien établi. Pour ce faire, il faut bien examiner la population visée et le contexte dans lequel l'approche est utilisée [13].

La prévention primaire d'un comportement hasardeux constitue un objectif raisonnable pour le jeune adolescent ou le préadolescent. On peut y parvenir en décourageant le comportement (si on se sert du comportement sexuel comme exemple, il consisterait à encourager à retarder le début des activités sexuelles). Pour ce qui est des jeunes qui adoptent déjà des activités sexuelles au potentiel hasardeux, on peut les encourager à réduire leur comportement et leur transmettre de l'information et de l'éducation sur l'utilisation du condom, le recours à d'autres modes de contraception et le pour et le contre de l'activité sexuelle. Chez une jeune fille de la rue qui se prostitue, la remise de condoms gratuits et l'accès régulier à des tests de dépistage des ITS ainsi qu'à une contraception d'urgence (en plus d'autres soins biopsychosociaux), peuvent représenter l'intervention la plus pertinente à ce moment-là. Cette intervention n'empêcherait toutefois pas de discuter de la possibilité de réduire ou d'abandonner le comportement hasardeux.

...

La réduction des méfaits est également utilisée dans les programmes de prévention primaires et secondaires afin de réduire le nombre de grossesses non désirées. Une récente analyse [25] a démontré que les programmes qui comportent à la fois des messages sur l'abstinence prolongée et sur le port du condom et la contraception étaient plus efficaces que les messages ne portant que sur l'abstinence.

L'implantation de nombreuses autres stratégies de réduction des méfaits a eu du succès. Par exemple, l'installation de distributeurs à condoms dans les écoles secondaires, la loi sur la ceinture de sécurité et les programmes faisant la promotion d'activités sportives sécuritaires (p. ex., le port du casque de vélo, des gilets de sauvetage en bateau et des visières au hockey). La prémisse de base de la réduction des méfaits prévaut pour tous ces programmes (c.-à-d. que tous les comportements présentent certains risques, et certaines interventions, lorsqu'elles sont appliquées, réduisent les risques pour les personnes qui choisissent d'adopter ces comportements).

...

Conclusions

La réduction des méfaits est une approche respectueuse du développement et arrimée à la prévention primaire et secondaire des comportements hasardeux au sein de la population d'adolescents. ... Le fait de reconnaître le rôle du jeune dans la prise de décision entourant son comportement en matière de santé constitue un aspect important de son éducation. En évitant de porter des jugements sur des comportements au potentiel hasardeux, le DDS est mieux en mesure de transmettre des messages importants de réduction des risques.

Références

1. Bellis MA, Hughes K, Lowey H. Healthy nightclubs and recreational substance use: From a harm minimisation to a healthy settings approach. *Addict Behav* 2002;27:1025-35.
2. Cheung YW. Substance abuse and developments in harm reduction. *CMAJ* 2000;162:1697-700.
3. Parker H, Egginton R. Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: Developing a strategy for reducing risks and harms. *Int J Drug Policy* 2002;13:419-32.
4. Roche AM, Evans KR, Stanton WR. Harm reduction: Roads less traveled to the holy grail. *Addiction* 1997;92:1207-12.
5. Wodak A. What is this thing called harm reduction? *Int J Drug Policy* 1999;10:169-71.
6. Bonomo Y, Bowes G. Putting harm reduction into an adolescent context. *J Paediatr Child Health* 2001;37:5-8.
7. Amundsen EJ. Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among injecting drug users. *Addiction* 2006;101:911-2.
8. Langendam MW, van Brussel GH, Coutinho RA, van Ameijden EJ. The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *Am J Public Health* 2001;91:774-80.
9. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Drug use among Ontario students, 1977-2007: OSDUHS highlights. Version à jour le 5 juillet 2007.
10. Conseil des ministres de l'Éducation (Canada). Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada : Facteurs influents sur les connaissances, les attitudes et les comportements.

11. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement. Version à jour le 21 novembre 2007.
12. Resnicow K, Smith M, Harrison L, Drucker E. Correlates of occasional cigarette and marijuana use: Are teens harm reducing? *Addict Behav* 1999;24:251-66.
13. Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 2007;369:1391-401.
14. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav* 2002;27:867-86.
15. Beck J. 100 years of “just say no” versus “just say know”: Reevaluating drug education goals for the coming century. *Eval Rev* 1998; 22:15 -45.
16. Lynam DR, Milich R, Zimmerman R et coll. Project DARE: No effects at 10-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:590-3.
17. Masterman PW, Kelly AB. Reaching adolescents who drink harmfully: Fitting intervention to developmental reality. *J Subst Abuse Treat* 2003;24:347-55.
18. McBride N, Farrington F, Midford R, Meuleners L, Phillips M. Harm minimization in school drug education: Final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction* 2004;99:278-91. (Erratum in 2004;99:following 527).
19. Miller WR. Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addict Behav* 1996;21:835-42.
20. Sindelar HA, Abrantes AM, Hart C, Lewander W, Spirito A. Motivational interviewing in pediatric practice. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004;34:322-39.
21. Erickson SJ, Gerstle M, Feldstein SW. Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: A review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:1173-80.
22. Borelli B. Using motivational interviewing to promote patient behaviour change and enhance health.
23. Baer JS, Kivlahan DR, Blume AW, McKnight P, Marlatt GA. Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *Am J Public Health* 2001;91:1310-6.
24. Monti PM, Colby SM, Barnett NP et coll. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:989-94.
25. Kirby D. Do abstinence-only programs delay the initiation of sex among young people and reduce teen pregnancy? Version à jour le 21 novembre 2007.
26. Boekeloo BO, Schamus LA, Cheng TL, Simmens SJ. Young adolescents' comfort with discussion about sexual problems with their physician. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:1146-52. (Erratum in 1997;151:128).
27. Klein JD, Wilson KM. Delivering quality care: Adolescents' discussion of health risks with their providers. *J Adolesc Health* 2002;30:190-5.
28. Malik R, Oandason I, Yang M. Health promotion, the family physician and youth: Improving the connection. *Fam Pract* 2002;19:523-8.

Mise à jour : le 5 octobre 2018