



Comité « OUI à la LStup! »

CCP : 10-268625-2

<http://www.lstup.ch>

Votations du 30 novembre: Oui à la révision de la Loi sur les Stupéfiants!

---

**Arguments en faveur de la révision partielle de la Loi sur les Stupéfiants (LStup)**

## **N° 9 – SANTÉ PUBLIQUE & RÉDUCTION DES RISQUES**

---

**La réduction des risques est une approche pragmatique centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues. Cette approche désigne un ensemble de mesures sociales et médicales dont les buts sont les suivants :**

- ▶ **prévenir l'apparition d'une consommation problématique et/ou l'installation d'une dépendance chez les consommateurs occasionnels,**
- ▶ **réduire les risques sanitaires et améliorer l'intégration sociale des Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI), et**
- ▶ **protéger la société des risques liés à l'usage de drogues (ordre public et propagation des maladies).**

En complément de la prévention, de la thérapie et de la répression, l'Office fédéral de la santé publique a encouragé cette approche dès le début des années 1990. Depuis, différents programmes ont été mis en place en Suisse: lieux d'accueil à seuil-bas, remise de matériel stérile, locaux de consommation et autres.

### **Quelles sont les preuves de l'efficacité de l'approche de réduction des risques ?**

**« La recherche et les études de surveillance démontrent que la Suisse a accompli des progrès considérables dans la réduction des problèmes liés aux drogues. L'approche suisse a aussi contribué à nourrir les débats concernant les autres politiques nationales et internationales en matière de drogues. » [2]**

#### **Santé publique**

**La réduction des risques ne s'oppose pas à l'abstinence. Bien au contraire. Elle fournit une passerelle vers des traitements.**

Les lieux d'accueil à bas seuil servent avant tout de porte d'entrée vers une prise en charge. Le passage vers des programmes thérapeutiques y est systématiquement encouragé. Depuis l'instauration de la réduction des risques, on a observé partout une augmentation des personnes qui entrent en traitement.

Ce constat a été fait dans tous les pays qui pratiquent la réduction des risques. A Vancouver, l'ouverture du local InSite a été associée à une augmentation de 30% de l'utilisation/de la fréquentation du service de détoxification. Cette attitude a été liée à une augmentation des taux d'initiation de traitement des addictions à long terme et à une réduction des injections au centre d'injection supervisé. [8]

La fréquentation hebdomadaire d'un centre d'injection supervisé conduit les usagers de drogues à entreprendre plus rapidement une thérapie ayant pour objectif le sevrage. [9]

## **Les Programmes d'Echange de Seringues (PES) préviennent efficacement la propagation de maladies.**

L'Organisation mondiale de la santé (2004) [11], la United States Preventive Services Task Force (1996) et l'American Medical Association (1996) reconnaissent toutes que l'échange de seringues constitue un programme de prévention essentiel pour réduire la transmission du VIH parmi les UDI. [12, p 19]

Il existe des preuves solides que l'augmentation de la disponibilité et de l'utilisation de matériel d'injection stérile par les UDI réduit fortement le risque d'infection au HIV. [13, p 28]

Une analyse de données sur la prévalence du VIH, tirées d'études réalisées dans 103 villes du monde, a démontré que les villes ayant introduit des PES présentaient des déclinés annuels moyens de 18,6 % au chapitre de la séroprévalence du VIH. Les villes sans PES présentaient au contraire une augmentation moyenne de 8,1 % de la séroprévalence du VIH. [12, p 20]

Une autre étude réalisée en Australie a indiqué que, dès l'an 2000, la mise sur pied des PES en 1988 a permis d'éviter environ 25 000 infections à VIH chez les utilisateurs de drogues injectables, et que d'ici 2010, près de 4 500 décès auront été évités. [14]

## **La réduction des risques réduit la transmission des maladies infectieuses, les surdoses et la mortalité**

En Suisse, selon la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, « les programmes de réduction des risques ont considérablement contribué à réduire les nouveaux cas d'infection par le VIH ou par les virus de l'hépatite ainsi que le nombre de décès liés aux drogues ». [5, p 35-36]

En Suisse, selon une revue menée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), les structures avec local de consommation constituent une mesure ayant contribué à la réduction et au maintien à un bas niveau de certains comportements à risque, en particulier en matière de transmission du VIH. Ces structures permettent également d'éviter les surdoses. [7, p16-17]

## **Ordre public**

### **L'ouverture de lieux d'accueil pour personnes toxicomanes ne conduit ni à des désordres publics, ni à une augmentation de la pratique d'injection. C'est plutôt le contraire qui se produit !**

En Suisse alémanique, les scènes ouvertes de l'ampleur de celles des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix ont disparu et le nombre des personnes gravement dépendantes s'est stabilisé. [5, p 35-36]

« La contribution des structures avec local de consommation à la réduction des problèmes d'ordre public, en particulier à la réduction des scènes de la drogue, a été constatée tant en Suisse que dans d'autres pays. Elles ont par ailleurs aussi un rôle important s'agissant de récupérer les seringues usagées afin qu'elles ne soient pas dispersées dans les lieux publics. » [10, p 19]

« Il n'existe pas de preuve évidente de conséquences négatives involontaires majeures des PES. En particulier, après vingt ans de recherches, il n'existe pas d'indication que les programmes d'échange de seringues augmentent l'initiation, la durée ou la fréquence de l'usage et de l'injection de drogues illicites. » [13, p 28]

« Les faits démontrent d'abord que les centres d'injection supervisés (CIS) réduisent la nuisance publique et le risque à la population (seringues souillées, consommation de drogue en plein jour, etc.) parce qu'ils offrent aux UDI de la rue un endroit pour

s'injecter des drogues. Par exemple, à Francfort, le nombre de consommateurs de drogues en public est passé d'environ 800 en 1991-1992 à 150 en 1993, période durant laquelle sont apparus des CIS, des interventions en santé publique et des réformes administratives. De plus, les plaintes du voisinage concernant la consommation de drogue en public ont chuté de façon notable. [6]

## Coûts et bénéfices

**Pour chaque franc investi dans la réduction des risques, la société économise de 4 à 7 francs en coûts liés à la criminalité ; ce ratio atteint 1/12 en tenant compte des coûts de la santé**

D'après l'OMS, l'UNODC (Office contre la Drogue et le Crime des Nations Unies) et ONUSIDA, chaque dollar investi dans des programmes de traitement de dépendance aux opioïdes peut réduire les coûts de criminalité liée à la drogue et de frais de justice de 4 à 7 dollars. En prenant en compte les économies du système de santé, les économies peuvent dépasser la proportion de 12 pour 1. [11] [15]

Selon une vaste étude australienne, **chaque franc investi dans un programme d'échange de seringues permet d'économiser 26 francs** dans le traitement de l'hépatite C, du VIH/SIDA et d'autres affections liées à l'utilisation de drogues injectables (ratio 1/26).

« En 1991, le gouvernement de l'Australie a consacré 10 millions de dollars australiens aux PES, contribuant ainsi à éviter l'apparition d'environ 3 000 nouveaux cas d'infection au VIH. Pour cette année-là seulement, les économies en soins de santé ont dépassé 266 millions de dollars. » [14]

## Que se passe-t-il ailleurs, sur le plan politique ?

### La situation mondiale actuelle

**La Suisse a été un des premiers pays à introduire la réduction des risques. Sa politique est maintenant reprise par tous les pays européens et un nombre grandissant de gouvernements sur d'autres continents.**

En 2008, l'IHRA (International Harm Reduction Association) a répertorié 82 pays qui intègrent de manière explicite dans leur politique drogues l'approche de réduction des risques. Parmi ceux-ci figurent l'ensemble des pays européens, mais également l'Afghanistan, la Chine, l'Iran par exemple . 72 pays ont mis en place des programmes d'échange de seringues opérationnels. [16, p 14-15]

### La situation européenne

**La Réduction des Risques est maintenant au centre de l'approche européenne.**

En 2003, le Conseil de l'Europe a émis une recommandation relative à la « prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie ». [17]

La réduction des risques figure comme priorité de la stratégie antidrogue de l'UE 2005-2012[18] ainsi que du plan d'action 2005-2008 [19]. Cette priorité est réitérée dans d'autres documents qui réaffirment le rôle majeur de la réduction des risques et/ou évaluent les progrès faits en la matière. [21-25]

**En 2008, tous les États membres de l'UE disposent de programmes de réduction des risques.**

En 2007, selon le rapport de l'Observatoire européen des drogues, « la réduction de la consommation de drogue en général et de l'usage problématique de drogue en particulier est l'un des principaux objectifs des stratégies antidrogue et des plans d'action nationaux de tous les États membres de l'UE, [ ... ] . L'objectif de prévention et de réduction des risques individuels et collectifs causés par la consommation de drogue est également commun à tous les pays. [ ... ] Tous ces éléments font également partie de la stratégie antidrogue de l'UE ». [26, p 19]

## **La politique mondiale en matière de réduction des risques**

**En 1998, lors d'une «session extraordinaire sur le problème mondial des drogues» (UNGASS), l'Assemblée générale des Nations Unies a pris position pour le principe de « réduction de la demande ».**

La « déclaration sur les principes directeurs relatifs à la réduction de la demande de drogue » adoptée couvre tous les domaines de la prévention, allant de la prévention de l'utilisation initiale jusqu'à la réduction des effets négatifs de l'abus de drogues en matière sociale et de santé. Il s'agit d'un premier pas décisif au niveau de la politique internationale de la drogue qui jusqu'alors, sur la base des traités en vigueur, était focalisée uniquement sur la réduction de l'offre .

**Suite à la déclaration sur la réduction de la demande, les principales agences des Nations Unies ont prouvé l'efficacité et soutiennent l'approche de réduction des risques :**

**L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a démontré l'efficacité des programmes de réduction des risques; elle les appuie sans réserve et encourage les Etats à les implanter.**

En 2004, elle a produit - avec le soutien de ONUSIDA et de l'Office contre la drogue et le crime des Nations Unies (ONUDC) - une série de 7 rapports soutenant l'approche de réduction des risques et ses composantes : par exemple l'échange de seringues dans les prisons. [33]

**En 2008, l'Office contre la drogue et le crime des Nations Unies (ONUDC), en collaboration avec l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), a pris directement position pour l'approche de réduction des risques.**

Il s'agissait entre autres : pour les services de santé et dans le cadre des prisons, de « fournir une palette compréhensive de services pour la prévention et le traitement du VIH et du SIDA, dont [ ...] des services et du matériel d'injection propre. [35, p 26-31]

Il est aussi mentionné que le droit pénal doit être révisé pour prendre en considération: l'autorisation ou la légalisation et la promotion des programmes d'échange de seringues; l'abrogation des lois criminalisant la possession, la distribution d'aiguilles et de seringues. [35]

**En 2007, la Banque Mondiale a édité un guide invitant les Gouvernements à adopter des mesures de réduction des risques (substitution, échange de seringues) à l'égard des usagers de drogues .**

Le texte met l'accent sur les effets positifs des programmes d'échange de seringues sur l'incidence des cas de VIH et sur l'effectivité économique de tels programmes. Il soutient l'ensemble des programmes de substitution (y.c. héroïne) et défend l'idée d'une réduction des risques en accord avec les conventions internationales. [36, section 4]

## **Que va changer la révision de la Loi sur les stupéfiants ?**

**L'introduction du « pilier réduction des risques » dans la LStup ne signifie pas légalisation.**

**L'existence de programmes de réduction des risques n'a rien à voir avec une légalisation. La LStup est très claire là-dessus.** Les drogues sont et resteront interdites. Se préoccuper des personnes qui sont actuellement sous l'emprise de produits est une démarche pragmatique qui vise à préserver leur santé, dans une perspective de réhabilitation future.

**En matière de réduction des risques, les cantons et les communes conservent toutes leurs prérogatives. Inscrire ce pilier dans la LStup n'oblige pas les cantons à développer telle ou telle mesure. Il s'agit simplement d'une reconnaissance du travail effectué et de la promesse d'un meilleur appui de la part de la Confédération.**

L'ancrage de la réduction des risques dans la loi ne signifie pourtant pas que la Confédération va lancer dès à présent un programme national, la mise en oeuvre de la politique de la drogue restant de la compétence des cantons et des communes, pour qui elle ne constitue actuellement pas une priorité. C'est donc aux services concernés de saisir la balle au bond et de tirer profit de cette révision!

Le pilier réduction des risques est riche de potentialités et crée une passerelle entre prévention et thérapie. Pragmatique, il est axé sur les solutions et exempt de toute idéologie. [37, p12]

## Bibliographie

- [1] Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec) et Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*, Gouvernement du Québec, 1997; [http://www.toxquebec.com/rtecontent/document/13\\_Lapproche\\_de\\_reduction\\_des\\_mefaits.pdf](http://www.toxquebec.com/rtecontent/document/13_Lapproche_de_reduction_des_mefaits.pdf).
- [2] Alan C. Ogborne, Virginia Carver et Jamie Wiebe, *Réduction des méfaits et utilisation des drogues injectables : étude comparative internationale des facteurs contextuels influençant l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de programmes adaptés*, Santé Canada, CCLAT, 2001; <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/hridu-rmudi/index-fra.php>.
- [3] Neil Hunt, *DCRs- The evaluation literature on drug consumption rooms (Paper B)*, Joseph Rowntree Foundation, 2006; <http://www.jrf.org.uk/bookshop/details.asp?pubID=785>.
- [4] Hedrich D, *Report on drug consumption rooms*, Lisbon: EMCDDA, 2004; <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html>.
- [5] Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD), *D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives*, Berne: Hans Huber, 2006; <http://www.bag.admin.ch/shop/00035/00081/index.html?lang=fr>.
- [6] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), "FAQ sur les centres d'injection supervisés (CIS)," 2004; <http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/69AD6A93-1443-4739-AB0D-B7D9A2CBDF16/0/ccsa0106582004.pdf>.
- [7] Zobel F, Dubois-Arber F., *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse : expertise réalisée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique*, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004.
- [8] E. Wood et coll., "Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users," *Addiction*, vol. 102, 2007, pp. 916-919; [http://www.communityinsite.ca/Wood\\_ADDICTION\\_TREATMENT.pdf](http://www.communityinsite.ca/Wood_ADDICTION_TREATMENT.pdf).
- [9] E. Wood et coll., "Attendance at Supervised Injecting Facilities and Use of Detoxification Services," *New England Journal of Medicine*, vol. 354, 2006, p. 2512; <http://www.communityinsite.ca/pdf/attendance-and-detoxification.pdf>.
- [10] Huissoud T, Samitca, Arnaud S, Zobel F, Dubois-Arber F., *Contribution à la réflexion sur l'apport de mesures de traitement et de réduction des risques en complément au dispositif actuel: programme de prescription d'héroïne, local d'injection*, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2006.
- [11] WHO/UNODC/UNAIDS, *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. WHO/UNODC/UNAIDS Position paper*, 2004; [http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochure\\_E.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochure_E.pdf).
- [12] Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E., *Les programmes d'échange de seringues en Ontario: recommandations de pratiques exemplaires*, Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, Santé Canada, 2006; [http://www.ohrdp.ca/Pratiques\\_Exemplaires.pdf](http://www.ohrdp.ca/Pratiques_Exemplaires.pdf).
- [13] WHO, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*, Geneva: World Health Organization, 2004; <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EFA%20effectiveness%20sterile%20needle.pdf>.
- [14] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), "FAQ sur les programmes d'échange de seringues", 2004; <http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/3AE40A76-BC29-4705-998E-80BFAB230FC2/0/ccsa0100542004.pdf>.

- [15] OSI, "Harm Reduction: Public Health and Public Order," Sep. 2007; [http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles\\_publications/publications/fact\\_20070927/Harm%20Reduction--Public%20Health%20and%20Public%20Order.pdf](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/fact_20070927/Harm%20Reduction--Public%20Health%20and%20Public%20Order.pdf).
- [16] Catherine Cook and Natalya Kanaef, *The Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*, London: International Harm Reduction Association, 2008; <http://www.ihra.net/uploads/downloads/Projects/GlobalStateofHR/GSHRFullReport.pdf>.
- [17] Le Conseil européen, *Recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie*, 2003; [http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga\\_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=FR&numdoc=32003H0488&model=guichett](http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=FR&numdoc=32003H0488&model=guichett).
- [18] Le Conseil européen, *Stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012)*, 2004; <http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/04/st15/st15074.fr04.pdf>.
- [19] Le Conseil européen, *Plan d'action drogue de l'Union européenne (2005-2008)*, 2005; [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2005/c\\_168/c\\_16820050708fr00010018.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2005/c_168/c_16820050708fr00010018.pdf).
- [20] La Commission européenne, *Communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur un Plan d'action drogue de l'UE (2005-2008)*, 2005; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2002:0599:FIN:FR:PDF>.
- [21] APCE, *Résolution 1576 (2007): Pour une convention européenne sur la promotion des politiques de santé publique dans la lutte contre la drogue*, Conseil de l'Europe, 2007; <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta07/FRES1576.htm>.
- [22] Commission des questions sociales, de la santé et de la famille et Paul FLYNN (Rapporteur), *Pour une Convention européenne sur la promotion des politiques de santé publique dans la lutte contre la drogue*, Conseil de l'Europe (APCE), 2007; <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc07/FDOC11344.htm>.
- [23] Le Conseil européen, *Décision n° 1150/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 septembre 2007 établissant, pour la période 2007-2013, dans le cadre du programme général «Droits fondamentaux et justice», le programme spécifique «Prévenir la consommation de drogue et informer le public»*, 2007; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:257:0023:0029:FR:PDF>.
- [24] La Commission européenne, *Communication de la Commission relative au rapport 2007 sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du Plan d'action drogue de l'UE (2005-2008)*, 2007; [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/com/2004/com2004\\_0707fr01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/com/2004/com2004_0707fr01.pdf).
- [25] APCE, *Pour une Convention européenne sur la promotion des politiques de santé publique dans la lutte contre la drogue - Réponse du Comité des Ministres*, Conseil de l'Europe, 2008; <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc07/FDOC11344.htm>.
- [26] EMCDDA, *2007 - Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*, Lisbon: EMCDDA, 2007; <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44682EN.html>.
- [27] UN, "Assemblée générale des Nations Unies: Session extraordinaire consacrée au problème mondial de la drogue. New York, 8-10 juin 1998," juin. 1998; <http://www.un.org/french/ga/20special/presskit/vue.htm>.
- [28] Nations Unies, "Réduire la demande illicite de drogues (Fiche no 4)," New York, 8-10 juin 1998: 1998; <http://www.un.org/french/ga/20special/presskit/fiche4.htm>.
- [29] Nations Unies, *Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues*, 1998; <http://www.un.org/french/ga/20special/demand.htm>.
- [30] Nations Unies, *Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961*, 1961; [http://www.incb.org/pdf/f/conv/convention\\_1961\\_fr.pdf](http://www.incb.org/pdf/f/conv/convention_1961_fr.pdf).

[31] Nations Unies, *Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, 1971; [http://www.incb.org/pdf/f/conv/convention\\_1971\\_fr.pdf](http://www.incb.org/pdf/f/conv/convention_1971_fr.pdf).

[32] Nations Unies, *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, 1988; [http://www.incb.org/pdf/f/conv/convention\\_1988\\_fr.pdf](http://www.incb.org/pdf/f/conv/convention_1988_fr.pdf).

[33] WHO/UNODC/UNAIDS, *Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Needle and syringe programmes and bleach and decontamination strategies*, Geneva: WHO, 2007; [http://www.who.int/hiv/idu/Prisons\\_needle\\_syringe%20programmes.pdf](http://www.who.int/hiv/idu/Prisons_needle_syringe%20programmes.pdf).

[34] UNODC, *Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: A comprehensive approach.*, 2008; <http://www.unodc.org/docs/treatment/Reducing-adverse-consequences-drug-abuse%5B1%5D.pdf>.

[35] UNAIDS/OHCHR, "International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights - 2006 Consolidated Version," 2006; [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf).

[36] Lance Gable et al., *Legal Aspects of HIV/AIDS: A Guide for Policy and Law Reform*, Washington: The World Bank, 2007; <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/LegalAspectsOfHIVAIDS.pdf>.

[37] Jaqueline Fehr (Présidente de la NAS-CPD), "Ancrage de la réduction des risques dans Lstup," INFODROG, 2008; [http://www.infodrog.ch/txt/conf/2007/20071213\\_JN\\_reductionderisques\\_documentation.pdf](http://www.infodrog.ch/txt/conf/2007/20071213_JN_reductionderisques_documentation.pdf).

\*\*\*

Ce document du Comité « Oui à la révision partielle de la Loi sur les stupéfiants » est libre de droit. Sa reproduction et sa diffusion sont encouragées.