



Health Santé
Canada Canada

Tour d'horizon mondial des programmes et des politiques axés sur la réduction des méfaits : *Raison d'être, principales composantes et exemples des meilleures pratiques*

Diane Riley, Ph.D.

2^{ième} Dialogue international sur les politiques sur le VIH/sida
Varsovie, Pologne ~ 12-14 novembre, 2003

Canada 

Ce document a été rédigé, par la D^{re} Diane Riley, en tant que document de conférence pour le deuxième dialogue international sur les politiques sur le VIH/sida.

Le contenu de ce document ne représente pas nécessairement les points de vue et les politiques de Santé Canada, du gouvernement du Canada ou des autres promoteurs de la conférence.

Pour communiquer avec l'auteur:

D^{re} Diane Riley
Analyste des politiques
Fondation canadienne pour une politique sur les drogues et
International Harm Reduction Association
23, av. Hillview
Toronto, ON
M6P 1J4
Canada
Courriel : rileydm@aol.com

Pour obtenir des copies additionnelles, veuillez communiquer avec :
Direction des affaires internationales
Direction générale de la politique de la santé et des communications
Santé Canada
Pré Tunney, indice de l'adresse :1903B
Ottawa, ON
K1A 1B4
Canada

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	4
1. Raison d'être des mesures de prévention du VIH/sida chez les utilisateurs de drogue par injection	7
2. Injection de drogue : prévention et abandon	9
2.1 <i>Facteurs associés à la pratique de l'injection</i>	9
2.2 <i>Réduire la pratique de l'injection</i>	10
2.3 <i>Prévention de l'épidémie chez les utilisateurs de drogue par injection</i>	12
3. Réduction des méfaits liés aux drogues	14
3.1 <i>Le principe de la réduction des méfaits</i>	14
3.2 <i>Programmes et politiques axés sur la réduction des méfaits</i>	16
3.3 <i>Limites et obstacles associés à la réduction des méfaits</i>	22
4. Meilleures pratiques des politiques et des programmes de réduction des méfaits	25
4.1 <i>Le concept de « meilleure pratique »</i>	25
4.2 <i>Exemples des meilleures pratiques appliquées aux politiques, à la mobilisation et à l'élaboration d'une stratégie nationale</i>	26
4.3 <i>Exemples de meilleures pratiques en matière de programmes</i>	50
4.4 <i>Meilleures pratiques en matière de formation et de mise en place d'un réseau</i>	67

SOMMAIRE

Dans de nombreuses régions du monde, l'injection de drogue est devenue un facteur prépondérant de la propagation du VIH/sida; en l'absence de mesures préventives, le nombre de personnes infectées par le VIH peut augmenter très rapidement une fois que le virus s'est propagé chez les utilisateurs de drogue par injection (UDI). C'est pourquoi la réduction des infections à VIH attribuables à l'injection de drogue est une priorité pour nombre de gouvernements et de collectivités. Le présent document fournit un aperçu des stratégies de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues, notamment l'infection à VIH, ainsi que des exemples des meilleures pratiques mises à contribution par des politiques et des programmes de partout dans le monde. Il explore également les obstacles à la réduction des méfaits et ses limites.

La réduction des méfaits est fondée sur des valeurs pragmatiques et humanistes; elle met l'accent sur les méfaits liés à l'utilisation des drogues plutôt qu'à leur utilisation en tant que telle. Elle vise avant tout à réduire les conséquences néfastes de l'usage des drogues, tout en reconnaissant que l'abstinence peut être un objectif irréaliste et peu souhaitable pour certains utilisateurs, surtout à court terme. La réduction des méfaits suppose une hiérarchisation des objectifs les plus réalistes et immédiats qui doivent être atteints à chacune des étapes menant vers l'utilisation sécuritaire des drogues ou, le cas échéant, vers l'abstinence. Elle nécessite également qu'on établisse des priorités et que l'on y affecte les ressources nécessaires en déterminant, en mesurant et en évaluant l'importance relative des problèmes associés aux drogues, les torts qu'elles peuvent causer, ainsi que les coûts et les avantages des interventions.

Au nombre des stratégies de réduction des méfaits explorées par la D^{re} Riley, on compte : les initiatives de réduction de la prévalence et de la fréquence de la pratique de l'injection en tant que mode d'administration privilégié des drogues et celles visant à prévenir l'épidémie de VIH/sida chez les UDI en recourant à des traitements de substitution (entre autres, à la méthadone); les programmes communautaires (échange de seringues, désinfection du matériel d'injection, éducation et sensibilisation); l'application de la loi; les zones de tolérance (notamment les installations où les utilisateurs peuvent obtenir du matériel d'injection propre, des préservatifs, des conseils et des soins médicaux). Les villes où ces stratégies se sont avérées efficaces pour éviter une épidémie de VIH chez les UDI ont trois caractéristiques en commun : une approche communautaire ou la prestation par des pairs de services axés sur la sensibilisation et l'éducation des UDI; l'accessibilité de seringues stériles peu coûteuses, et l'application de mesures préventives précoces, c'est-à-dire avant que la prévalence du VIH n'atteigne un point critique.

Le présent document témoigne de l'urgence de prévenir l'infection à VIH chez les UDI, leurs partenaires sexuels et leurs enfants à naître. Cependant, la mise en œuvre de programmes destinés aux UDI est une tâche ardue, car au sens propre comme au sens figuré, cette population est difficile à rejoindre. Mis en marge de la société par les lois et les attitudes à leur égard, de nombreux UDI se méfient des services offerts; par ailleurs, la prévention du VIH tient peu de place dans leur lutte quotidienne pour trouver de la nourriture et un abri sûr. Malgré les obstacles, on constate que, partout dans le monde, des stratégies efficaces peuvent être mises sur pied à condition d'être sous-tendues par une volonté politique. Ce rapport examine les interventions de plusieurs pays, desquels il extrait des exemples des meilleures pratiques et des leçons de leurs expériences en matière d'élaboration de politiques, de mobilisation de la collectivité et d'établissement de stratégies nationales.

Partant de ces expériences, une politique efficace de réduction des méfaits (soit les principes directeurs du processus de réduction des méfaits) doit être élaborée en prenant appui sur les meilleurs renseignements disponibles et avec la collaboration et le soutien du plus grand nombre d'intervenants possibles. Une telle politique se caractérise par sa souplesse, une approche axée sur la promotion de la santé, une législation ne faisant pas appel aux mesures de répression et l'application de la loi fondée sur des services de police communautaires. Elle assure également un champ d'intervention suffisant et la viabilité des efforts déployés. Pour mettre en œuvre leur politique de réduction des méfaits, les pays doivent se doter d'un plan stratégique global comportant plusieurs volets, dont les suivants : prestation de soins de santé primaires, éducation sur le sida, formation en dynamique de la vie, distribution de préservatifs et diffusion de renseignements sur les pratiques sexuelles sûres, services de counselling et de dépistage du VIH offerts sur une base volontaire et confidentielle, accès à des seringues/aiguilles stériles, orientation vers des options de traitements et de soins de santé, et formation sur les risques associés aux mesures de répression dispensée au personnel responsable de l'application de la loi.

La prochaine étape consiste à convertir les politiques et les stratégies en programmes efficaces. Selon les besoins, les programmes élaborés pourront inclure les composantes suivantes : défense des droits; surveillance et suivi; examens des politiques et de la législation; éducation et information; formation et réseautage des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux et des travailleurs de rue, et prestation de services aux UDI. D'après les leçons tirées de l'examen des programmes du présent rapport, les programmes efficaces se caractérisent par : une mise en œuvre précoce; la participation de la collectivité à toutes les étapes du processus; une gamme complète de services bien coordonnés, conviviaux et souples; un accès rapide à des préservatifs et à du matériel d'injection stérile; des balises géographiques et temporelles; la sensibilisation aux différences liées au sexe et au groupe ethnique; le respect des droits humains; un champ d'intervention suffisant et une viabilité adéquate; un milieu positif, ainsi que la surveillance et l'évaluation.

Pour terminer, la D^{re} Riley passe en revue les meilleures pratiques des initiatives nationales, régionales et internationales visant à renforcer la formation et le réseautage des décideurs et des praticiens. Par le biais de la dissémination de renseignements fiables, objectifs et fondés sur des preuves, des échanges sur les leçons apprises et de la formation continue, les interventions atteignent des résultats optimaux sur le plan de l'efficacité, de l'efficience et de la viabilité des stratégies de réduction des méfaits.

À partir des faits présentés dans le document, il est clair que les politiques et les programmes de réduction des méfaits peuvent être rentables lorsqu'il s'agit de réduire la transmission du VIH et d'autres méfaits liés à l'utilisation de drogue dans les pays industrialisés, en développement et en transition. Il reste que la portée et la capacité des politiques et des programmes demeurent restreintes et leur mise en œuvre, beaucoup trop tardive. Des approches plus dynamiques et à volets multiples sont nécessaires si l'on veut contrer la propagation fulgurante de l'épidémie de VIH/sida chez les UDI et ce, même dans les pays où les taux de prévalence sont actuellement considérés comme étant faibles. En dépit du fait que des approches centrées sur la réduction des approvisionnements, les contraintes légales, la désintoxication et l'abstinence se sont avérées beaucoup moins efficaces que la distribution de seringues, les traitements de substitution et la sensibilisation par les pairs, il reste que la volonté politique demeure le principal obstacle à la mise en œuvre d'initiatives axées sur la réduction des méfaits. Nous perdons ainsi d'importantes

occasions de juguler l'épidémie tandis que les taux sont encore bas et les interventions peu coûteuses, et l'énorme fardeau financier et humain continue de s'alourdir dans le monde entier.

1. RAISON D'ÊTRE DES MESURES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA CHEZ LES UTILISATEURS DE DROGUE PAR INJECTION

Le présent rapport fait partie d'une série de documents de fond rédigés dans le cadre d'une réunion internationale portant sur l'établissement de politiques à l'égard du VIH/sida et de l'injection de drogue. Santé Canada, l'Open Society Institute et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) seront les hôtes de cette rencontre qui aura lieu en Pologne, en 2003. Cette réunion et la présente étude font suite à une rencontre organisée par Santé Canada et l'ONUSIDA sur les dilemmes auxquels font face les gouvernements à l'égard du VIH/sida, laquelle s'est tenue au Québec (Canada), en 1999.

Le présent rapport a été rédigé dans le but de fournir au lecteur, sous la forme d'un unique document, des connaissances de base sur les politiques et les programmes de réduction des méfaits, de même qu'un examen de quelques exemples de bonnes pratiques issues de toutes les parties du globe. Dans un premier temps, on y explique la raison d'être des pratiques liées à l'injection de drogues et le contexte dans lequel elles s'inscrivent. Ces explications sont suivies d'une description des programmes et des politiques axées sur la réduction des méfaits, de la présentation de données d'évaluation et de l'énumération des critères associés aux « meilleures pratiques ». La seconde partie du document offre une vue d'ensemble des bonnes pratiques ayant trait aux politiques, à la mobilisation, aux stratégies, à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes, ainsi qu'à la formation et au réseautage.

L'injection de drogue étant l'une des causes principales de l'épidémie de VIH/sida dans de nombreuses autres parties du monde, les moyens à prendre pour réduire le nombre de cas d'infection à VIH liés à la consommation de drogues comptent parmi les grandes préoccupations des gouvernements et des collectivités.

Vers la fin de 2002, quelque 110 pays et territoires ont déclaré des cas d'infection par le VIH liés à l'injection de drogue, comparativement à 52 pays, en 1992. L'injection de drogue est le principal mode de transmission du VIH en Europe de l'Est et de l'Ouest, en Asie centrale et de l'Est, en Afrique du Nord, au Moyen-Orient, en Amérique du Nord et dans certaines parties de l'Amérique du Sud. Jusqu'à présent, les régions suivantes ont été les plus touchées : Europe du Sud et de l'Est, Asie centrale et de l'Est, Amérique du Nord et Amérique latine.

Dans chacune de ces régions, des épidémies fulgurantes sont survenues chez les UDI. L'injection de drogue étant l'une des causes principales de l'épidémie de VIH/sida dans de nombreuses autres parties du monde, les moyens à prendre pour réduire le nombre de cas d'infection à VIH liés à la consommation de drogues comptent parmi les grandes préoccupations des gouvernements et des collectivités. Le présent document vise à fournir un aperçu des stratégies de réduction des méfaits liés aux drogues ainsi qu'un répertoire de ressources. Il traite principalement de l'injection de drogues, mais aussi d'autres substances, s'il y a lieu. Le document se penche également sur la relation entre la consommation de substances et les pratiques sexuelles qui exposent les personnes au risque de transmettre ou de contracter le VIH.

L'utilisation et l'injection de drogues peuvent engendrer plusieurs problèmes pour la personne, la collectivité et l'ensemble de la société. Le VIH a considérablement augmenté les méfaits directs associés tout particulièrement à l'injection de drogues et les méfaits indirects découlant de l'utilisation des drogues en général. Le VIH et d'autres infections posent un risque direct pour les utilisateurs, puisqu'ils peuvent être transmis lorsque des aiguilles, des seringues et d'autres objets souillés sont partagés. Le VIH pose également un risque indirect pour tous les utilisateurs de

drogue, car la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives peut être associée à une augmentation des comportements à risque, notamment des activités sexuelles non protégées et des injections non sécuritaires. La transmission du VIH chez les utilisateurs de drogue entraîne des conséquences graves. Chez les hétérosexuels de nombreux pays, elle est aggravée, en partie, par l'épidémie de VIH sévissant chez les UDI. La situation est d'autant plus grave qu'un grand nombre d'UDI ont des partenaires sexuels qui ne pratiquent pas l'injection. De plus, les femmes infectées par le VIH, parce qu'elles consomment des drogues ou qu'elles ont eu des relations sexuelles avec un UDI, sont exposées au risque de porter des enfants infectés par le VIH.

Dans de nombreux pays, l'expérience montre qu'en l'absence de mesures préventives, le nombre de personnes infectées par le VIH peut s'accroître très rapidement une fois que le virus s'est propagé parmi la population des utilisateurs de drogue. Des experts de partout dans le monde s'entendent sur le fait que des efforts soutenus sont nécessaires pour maintenir des taux d'infection inférieurs à 10 % chez les UDI, car s'ils atteignent des proportions supérieures, l'épidémie risque de s'étendre telle une traînée de poudre, comme on a pu le constater dans plusieurs villes. À titre d'exemple, à Édimbourg (Écosse), le taux de séroprévalence chez les UDI est passé de 5 % en 1983 à 57 % en 1985 et à Bangkok (Thaïlande), de 1 % en 1987 à plus de 40 % en 1988. Dans ces deux villes, la montée en flèche des taux est principalement liée à l'inaccessibilité de matériel d'injection stérile.

Il est urgent de prévenir l'augmentation des taux d'infection à VIH chez les utilisateurs de drogue, leurs partenaires sexuels et les enfants à naître. Dans tous les pays, la priorité doit être accordée aux mesures préventives visant ces populations; toutefois, il est extrêmement ardu de mettre en œuvre des programmes de prévention en collaboration avec les UDI. Mis à l'écart par les lois et les attitudes sociales, ils sont souvent difficiles à rejoindre, au sens propre et figuré. Beaucoup se méfient généralement des services offerts, parce qu'ils ont eu de mauvaises expériences avec les autorités. Par ailleurs, nombreux sont ceux pour qui la prévention du sida tient peu de place dans leur lutte quotidienne pour trouver de la nourriture et un abri, et échapper à la violence. Pour sensibiliser cette population, les programmes doivent être adaptés, comporter de multiples facettes et innover.

Des données provenant de pays ayant des niveaux de revenu différents révèlent que les UDI peuvent et essaient de protéger les autres et eux-mêmes contre l'infection à VIH. Des études menées dans des villes dotées de programmes d'échange de seringues et d'autres programmes axés sur la réduction des méfaits indiquent qu'il est possible de freiner la propagation du VIH chez les UDI, voire d'y mettre un terme. Cependant, dans de nombreux cas, les mesures de prévention courantes ne permettent pas, à long terme, de ralentir de façon considérable la propagation du VIH chez les UDI. Il importe de mobiliser les utilisateurs de drogue, leurs partenaires et ceux qui travaillent avec eux, afin de les encourager à adopter des pratiques de réduction des méfaits, telles que l'utilisation d'aiguilles stériles et de préservatifs. Les gens adoptent des comportements à risque pour des raisons complexes liées aux attitudes, aux pressions et aux obstacles. Seules la formation, la recherche et la coopération nous permettront de remédier de façon adéquate et humaine à ce problème complexe et inévitable.

Au cours de la dernière décennie, la nature de l'épidémie de VIH touchant les UDI a évolué, tout comme la compréhension que nous en avons. D'une part, il est devenu clair que même si les efforts de réduction des méfaits portent fruits, des approches plus intensives et à volets multiples sont nécessaires pour endiguer la propagation fulgurante de l'épidémie chez les UDI. D'autre part, il

apparaît évident à présent que l'absence d'une volonté politique est le principal obstacle à l'application des mesures préventives nécessaires. Il en résulte que des occasions déterminantes de freiner l'épidémie, alors que les taux sont encore bas et que les interventions sont peu coûteuses, nous échappent, pendant que l'énorme fardeau financier et humain continue de s'alourdir partout dans le monde.

2. INJECTION DE DROGUE : PRÉVENTION ET ABANDON

2.1 Facteurs associés à la pratique de l'injection

Les données d'une étude multivilles menée par l'Organisation mondiale de la Santé révèlent qu'au moins un tiers des cinq millions d'UDI de par le monde ont adopté la pratique de l'injection alors que le risque de contracter le VIH/sida était connu. Plusieurs facteurs peuvent aider à expliquer pourquoi l'injection de drogue s'est étendue à la planète entière¹ :

- Dans certaines régions, les préparations de drogues se prêtent davantage à l'injection qu'à l'inhalation.
- Les lois anti-drogue entraînent généralement une augmentation des prix et des risques pour le consommateur. Le statut illégal de drogues telles que l'héroïne et la cocaïne incite à l'injection, puisque ces drogues sont plus efficaces lorsqu'elles sont injectées au lieu d'être fumées (une plus grande quantité atteint ainsi rapidement le cerveau plutôt que de partir en fumée). En outre, la drogue est beaucoup plus facile à détecter lorsqu'elle est fumée, en particulier en milieu carcéral. Les préparations de drogues injectables sont également plus faciles à dissimuler que les autres formes, ce qui en facilite la contrebande ou le trafic dans les prisons. Qui plus est, le temps de préparation et de consommation d'une injection est beaucoup plus court que celui nécessaire pour fumer une drogue.
- L'étendue de la pratique de l'injection est liée à la fabrication et à la distribution de drogues : des problèmes liés à la drogue émergent dans les pays producteurs de drogues et les pays de transit.
- Dans certains pays, le recours aux injections thérapeutiques a permis aux consommateurs de drogues de se familiariser avec la pratique de l'injection.
- Le mélange des cultures, par exemple la présence de soldats étrangers et de réfugiés en contexte de guerre, a exposé des populations entières à de nouveaux profils d'utilisation de drogue.
- Des changements sur le plan de la disponibilité des drogues utilisées traditionnellement dans des pays comme le Myanmar, la Chine, la Colombie et ceux de l'Asie centrale ont contribué à la transition vers l'utilisation des drogues injectables.
- De nouveaux profils d'utilisation, tels que l'injection, risquent davantage d'être adoptés dans le cadre de mutations socio-politiques rapides et de l'effondrement des obstacles à la communication.
- L'information relative aux drogues circule en empruntant une vaste gamme de canaux de communication, tandis que les pratiques en matière d'utilisation de drogue sont transmises par le biais des réseaux sociaux.
- La propagation de l'infection peut être fulgurante. Dans bien des parties du monde, seules quelques années ont suffi.

2.2 Réduire la pratique de l'injection

Après une première injection, le passage rapide à la pratique de l'injection en tant que mode d'administration privilégié est bien documenté². Même lorsque le nombre global d'utilisateurs de

Même lorsque le nombre global d'utilisateurs de drogue illicite demeure constant, il est possible de retirer des avantages considérables sur le plan sanitaire et social en réduisant la prévalence et/ou la fréquence de l'injection de drogues.

drogue illicite demeure constant, il est possible de retirer des avantages considérables sur le plan sanitaire et social en réduisant la prévalence et/ou la fréquence de l'injection de drogue. Alex Wodak, président de l'Association internationale pour la réduction des méfaits, a suggéré qu'en Australie, on

axe les efforts de lutte contre l'hépatite C sur la transition vers des modes d'administration autres que l'injection et sur la prévention des décès découlant de surdoses³. Il demeure que, jusqu'à présent, on a accordé peu d'attention à la réduction des pratiques d'injection en tant qu'objectif politique (contrairement à la consommation des drogues). Hunt et ses collaborateurs ont examiné une gamme d'interventions axées sur la transition vers des modes d'administration auxquels on peut recourir pour réduire la pratique de l'injection et ses méfaits⁴. Ils font une distinction entre deux catégories d'intervention : la prévention d'une première injection chez ceux qui ne consomment pas de drogues injectables et la promotion de l'abandon de l'injection auprès de ceux qui recourent actuellement à cette pratique. Certaines stratégies, telles que l'interdiction sélective frappant les marchés de stupéfiants, peuvent allier la prévention d'une première dose par injection et le taux d'abandon de la pratique de l'injection.

La prévention d'une première injection chez les non-utilisateurs de drogue par injection fait appel à deux méthodes : l'une consiste à identifier les utilisateurs à risque et à intervenir auprès d'eux de façon à réduire la possibilité qu'ils optent pour l'injection; l'autre met l'accent sur le contrôle exercé par les UDI et vise à réduire leur influence sur les non-utilisateurs de drogues par injection.

Il existe plusieurs façons de promouvoir la transition vers des modes d'administration autres que l'injection. Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM), à doses quotidiennes élevées, est associé à une plus grande probabilité d'abandon de l'injection. Le soutien apporté par le counselling, à long ou à court terme, est associé à une nette amélioration des résultats (les bénéfices du counselling à long terme sont plus marqués). Le style du thérapeute exerçant dans le cadre des programmes de TEM a aussi une grande influence sur le taux d'efficacité du traitement. Il y a donc tout lieu de mettre en œuvre des interventions ciblées en matière de counselling qui renforcent l'efficacité des praticiens aidant les utilisateurs d'opiacés par injection à opter pour l'administration orale des drogues.

Dans certains pays, tels que la Suisse, le Royaume-Uni et l'Australie, un important segment de la population d'UDI s'injectent des amphétamines, tandis que dans la plus grande partie de l'Amérique du Nord et, de plus en plus, en Amérique du Sud, une proportion importante d'UDI s'injectent de la cocaïne. La méthadone ne convient pas à ces utilisateurs de stimulants. Si la prescription de méthadone a fait l'objet de recherches poussées, il en va autrement des traitements de substitution faisant appel aux amphétamines. Au Royaume-Uni, l'Advisory Council on the Misuse of Drugs a attiré l'attention sur la rareté des recherches portant sur des programmes de drogues de substitution à administration orale destinés aux utilisateurs de cocaïne, d'amphétamines et de benzodiazépines injectables. Le risque de psychose amphétaminique, surtout lorsque l'on utilise la plus puissante des amphétamines, la diméthoxyméthylamphétamine (DOM), justifie une

utilisation prudente de la prescription d'amphétamines. Des dexamphétamines sont parfois prescrites, et des faits révèlent que la prestation de programmes bien ciblés est possible⁵. Par ailleurs, des données de plus en plus nombreuses indiquent que le recours aux traitements de substitution peut réduire la consommation d'amphétamines par injection.

Au début des années 80, la « chasse au dragon » (inhalation d'héroïne sublimée, chauffée sur des feuilles d'aluminium) gagnait en popularité dans de nombreux pays d'Europe. Cette pratique a donné lieu à des suggestions selon lesquelles, en encourageant les consommateurs d'héroïne à fumer l'héroïne plutôt que de se l'injecter, on pourrait promouvoir l'utilisation d'opiacés non injectables. On dispose de peu de preuves empiriques à ce sujet, même si les données sur l'Espagne sont encourageantes⁶ (voir plus bas). La pharmacologie des préparations de drogues non injectables est mal comprise. Fumer de l'héroïne n'est pas sans risque, mais la morbidité associée à cette pratique est beaucoup moins élevée que celle découlant de l'injection d'opiacés. Encourager ceux qui s'injectent des drogues à recourir à la « chasse au dragon » ne signifie pas nécessairement qu'il faille promouvoir ce comportement chez les non-utilisateurs de drogue par injection. Deux grandes catégories d'intervention peuvent être envisagées : la prescription de « reefers » (cigarettes ordinaires ou aux herbes naturelles dans laquelle un pharmacien injecte de l'héroïne ou de la méthadone) par des cliniciens et le marketing social de la « chasse au dragon » par le truchement de campagnes ciblées.

Prescription de « reefers » : À l'origine, les « reefers » étaient parfois prescrits aux UDI du Royaume-Uni. Ils servaient également à administrer d'autres drogues comme le chlorhydrate de méthadone, le chlorhydrate de cocaïne et les amphétamines. La British Pharmaceutical Society a rédigé un protocole pour la préparation et la distribution de « reefers », mais aucune donnée n'ayant été publiée pour permettre une évaluation adéquate de cette technique, d'autres recherches s'imposent.

Campagne de promotion de la « chasse au dragon » : Une campagne a été lancée au Royaume-Uni afin de promouvoir la « chasse au dragon » en tant que substitut à la pratique de l'injection. Cette campagne faisait suite à l'insatisfaction des utilisateurs à l'égard du TEM, ainsi qu'à l'observation de transitions survenues dans les populations néerlandaises d'utilisateurs de drogue. On a intégré à la campagne une approche fondée sur le marketing social, laquelle inclut la pose d'affiches dans des points de services d'échange de seringues et un guide à l'intention des UDI.

Parmi les modes d'administration offrant une solution de rechange à l'injection, on compte : l'administration par voie rectale, laquelle permet une absorption très rapide par les muqueuses rectales et des effets qui ne sont que légèrement moins intenses que ceux obtenus par voie intraveineuse; la pratique consistant à fumer le crack ou à se servir d'une pipe en remplacement de l'injection de cocaïne, et l'inhalation d'héroïne en tant que substitut de l'injection d'héroïne. De telles stratégies soulèvent manifestement certaines craintes. Les méfaits associés aux modes d'administration de rechange ne sont pas encore bien compris; en outre, de telles campagnes de promotion doivent être évaluées attentivement.

Jusqu'ici, les initiatives visant à réduire la pratique de l'injection en contrôlant les marchés de stupéfiants n'ont reçu que peu d'attention. En fait, on doute que le prix des drogues illicites utilisées en vue de prévenir l'infection à VIH chez les UDI puisse varier comme celui de l'alcool et du tabac. De toute évidence, les marchés de drogues illicites ne sont pas sous l'influence directe des

gouvernements. Une approche intéressante, proposée récemment, consiste à concentrer délibérément les efforts de la justice pénale dans les secteurs du marché noir dominés par les drogues injectables, tout en accordant moins d'attention aux secteurs où l'on vend des formes qui peuvent être fumées.

Il est peut-être possible de réduire la pratique de l'injection en renforçant la désapprobation culturelle chez les groupes concernés. Des initiatives qui visent à susciter des changements culturels amenant à délaissier la pratique de l'injection ont été mises sur pied par des organismes ayant des traditions bien ancrées en matière de développement communautaire, entre autres : Mainline (Amsterdam), Healthy Options Team (Londres), de même que des organisations d'utilisateurs de

Il est également urgent d'envisager des stratégies appropriées pour décourager la pratique de l'injection dans les pays qui ne peuvent se permettre certaines des options plus coûteuses offertes dans le monde industrialisé.

drogue d'Europe et d'Australie. Toutefois, jusqu'à présent, aucune intervention évaluée n'a été effectuée dans le but explicite de renforcer la désapprobation de la pratique de l'injection. Nous devons également tenir compte de la mise en garde d'Alex Wodak concernant le risque de marginaliser davantage un groupe qui est déjà en marge de la société, en condamnant la pratique de l'injection. D'autres mesures axées sur la réduction de cette

pratique demeurent peu explorées. À titre d'exemple, même en tenant compte de l'utilisation étendue de traitements tels que le TEM, on ne dispose que d'un nombre limité d'études détaillées sur les approches que peuvent utiliser les travailleurs spécialisés pour réduire au minimum la pratique de l'injection. Comme le mentionnaient Dorn et Murji, des études bien conçues doivent être menées avant de pouvoir tirer des conclusions⁷. Il est également urgent d'envisager des stratégies appropriées pour décourager la pratique de l'injection dans les pays qui ne peuvent se permettre certaines des options plus coûteuses offertes dans le monde industrialisé.

2.3 Prévention de l'épidémie chez les utilisateurs de drogue par injection

« Des preuves scientifiques de plus en plus nombreuses révèlent qu'on peut prévenir et freiner l'épidémie de VIH associée à l'injection de drogue, voire même en inverser le cours »⁸. Le fait que le VIH se soit propagé à une vitesse fulgurante en certaines circonstances, mais pas en d'autres, combiné à la capacité démontrée par de nombreux UDI de pays industrialisés, en développement et en transition de modifier leur comportement à risque d'infection par le VIH, nous amène à nous demander s'il est possible de prévenir l'épidémie de VIH chez les UDI. À l'heure actuelle, il y a tout lieu de croire que les interventions en santé publique peuvent changer le cours de l'épidémie. L'étude multivilles de l'OMS a jeté beaucoup de lumière sur ce qui se produit une fois que la séroprévalence du VIH atteint certains niveaux dans une population d'UDI. Les villes où la séroprévalence varie de faible à élevée affichent des taux de séroconversion correspondants. Une étude menée de 1988 à 1992, dans quinze villes américaines, a également permis d'observer une forte corrélation entre les antécédents de séroprévalence de l'infection à VIH chez les UDI et les taux courants de séroconversion. La classification de Des Jarlais permet de regrouper les villes en fonction du statut de l'épidémie : épidémie prévenue, épidémie de profil intermédiaire et épidémie confirmée⁹. On observe des différences marquées entre les villes ayant appliqué des mesures de prévention précoces et énergiques (essentiellement, un faible taux de prévalence de l'infection à VIH) et celles qui ont opté pour une politique antidrogue axée davantage sur une stratégie d'application de la loi que sur la prévention (souvent, un taux de prévalence plus élevé)¹⁰. Les épidémies les plus importantes se sont produites dans des situations caractérisées par des interactions multiples entre des personnes issues de divers milieux culturels, ethniques, sociaux et

géographiques. Chez les UDI, ces interactions ont eu lieu dans le cadre du partage de matériels d'injection en milieu carcéral, dans les piqueries ou par l'entremise des revendeurs et, en Asie du Sud-Est, par le recours à des « professionnels de l'injection »¹¹.

La compréhension des facteurs à l'origine des différences entre les régions où la propagation du VIH chez les UDI est demeurée limitée et celles où il s'est répandu comme une traînée de poudre est l'un des problèmes les plus importants auxquels se heurte l'épidémiologie du VIH¹². Au début des années 80, dans les pays ayant une tradition solidement établie en matière de santé publique, des mesures rapides et adéquates ont été appliquées pour enrayer l'épidémie de VIH. Pour la

En évitant le stéréotype bien connu de l'UDI dysfonctionnel, on a pu identifier et rejoindre des personnes dont le profil ne correspondait pas à celui de l'UDI type, et promouvoir un comportement et des pratiques sécuritaires par l'entremise de l'éducation des pairs.

prévention, on faisait souvent appel à un réseau de ressources existantes accessible grâce à la collaboration entre les ONG et le secteur public. Parmi les pays qui ont participé à l'étude multivilles de l'OMS, l'Australie peut être considérée comme le pays offrant le meilleur exemple d'une épidémie prévenue chez les UDI; d'ailleurs, on a qualifié de « pragmatisme éclairé » son intervention pour contrer l'épidémie de VIH chez les UDI. L'Australie avait instauré et intégré un ensemble de différentes stratégies de prévention alors que les taux de

séroprévalence chez les UDI étaient encore faibles. Ces stratégies sont toujours en place et incluent l'expansion des programmes de traitement d'entretien à la méthadone et d'échange de seringues. Le soutien financier accordé par le gouvernement fédéral, en vue d'aider les groupes de défense des intérêts des UDI à élaborer des programmes de prévention, faisait également partie de cet ensemble de stratégies (tout comme en Allemagne). En évitant le stéréotype bien connu de l'UDI dysfonctionnel, on a pu identifier et rejoindre des personnes dont le profil ne correspondait pas à celui de l'UDI type, et promouvoir un comportement et des pratiques sécuritaires par l'entremise de l'éducation entre pairs. Sydney a certaines caractéristiques structurelles en commun avec d'autres villes — Glasgow (Écosse), Tacoma (Washington), Toronto (Canada), Lund (Suède) — ayant maintenu une séroprévalence du VIH peu élevée chez les UDI (inférieure à 5 % et sans tendance à la hausse pendant moins de 5 ans)¹³. Au nombre de ces caractéristiques, on compte : une population d'UDI et des sites stables d'utilisation de drogues, une bonne couverture médiatique des stratégies de prévention locales et des changements importants dans le comportement des UDI, ces derniers étant mieux informés des risques.

Les taux de prévalence sont demeurés faibles à Hong Kong (Asie), alors qu'ils ont augmenté rapidement dans de nombreux autres pays. Une comparaison entre Hong Kong (qui compte très peu d'UDI infectés par le VIH) et la Thaïlande (où les taux d'infection à VIH dans la population des UDI ont augmenté rapidement et se sont stabilisés aux environs de 35 - 40 %) fait ressortir certaines différences de taille concernant le traitement des UDI. D'abord, l'injection de drogue est devenue monnaie courante à Hong Kong depuis les années 50 et, en Thaïlande, depuis les années 60. Ensuite, Hong Kong compte des centres de traitement d'entretien à la méthadone depuis 1972, tandis que, jusqu'à tout récemment, on ne recensait qu'un petit nombre de ces centres en Thaïlande. Enfin, à Hong Kong, très peu d'UDI font état d'antécédents de partage d'aiguilles, alors que cette pratique est beaucoup plus courante en Thaïlande (une étude a révélé que plus de 50 % des UDI de Bangkok avaient partagé des aiguilles ou des seringues dans les six derniers mois)¹⁴.

Les taux de prévalence faibles observés dans certaines villes indiquent qu'il n'est pas impossible d'éviter la transmission rapide du VIH chez les UDI. Une séroprévalence du VIH faible et stable

peut en effet être maintenue, même lorsqu'une proportion importante d'UDI ne modifient pas certains de leurs comportements à risque liés à l'injection. Cette conclusion a en soi des répercussions importantes sur les politiques. Une comparaison entre des villes affichant des taux de prévalence élevés et faibles a révélé que les villes ayant réussi à éviter une épidémie chez les utilisateurs de drogue possédaient trois caractéristiques communes¹⁵ :

- Elles ont eu recours à la sensibilisation communautaire ou à l'éducation entre pairs pour rejoindre et éduquer les utilisateurs de drogue, y compris ceux qui, autrement, n'auraient pas eu accès à une telle information ou aux programmes de traitement et de prévention.
- Elles se sont assurées que les utilisateurs de drogue pouvaient facilement accéder à des seringues stériles peu coûteuses dans les pharmacies ou à des programmes d'échange d'aiguilles.
- Elles ont amorcé des programmes de prévention précoces, c'est-à-dire avant que la prévalence du VIH n'ait atteint un point critique. La modélisation mathématique montre qu'une fois que plus de 10 % de la population d'UDI est infectée par le VIH, la prévalence tend invariablement à s'élever à 40 ou 50 % en quelques années. Dans des villes comme Glasgow, Tacoma et Toronto, où les activités de prévention ont débuté très tôt (avant que la proportion d'UDI infectés par le VIH n'atteigne 5 %), les taux sont demeurés bas de manière constante.

Il reste à déterminer si, dans d'autres régions, ces trois éléments de prévention sont nécessaires ou suffisants pour éviter la propagation rapide du VIH chez les UDI. Néanmoins, « les conséquences éventuellement associées au fait de ne pas mettre un frein à la transmission fulgurante du VIH chez les UDI sont telles, qu'elles semblent exiger que des politiques responsables en matière de santé publique prévoient, à tout le moins et dans la mesure du possible, le recours aux composantes courantes de la prévention »¹⁶. Les sections suivantes passent en revue des stratégies de prévention efficaces.

3. RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS AUX DROGUES

3.1 Le principe de la réduction des méfaits

La façon la plus sûre d'éviter les méfaits liés aux drogues est de prévenir leur utilisation abusive. Cependant, comme nous l'avons mentionné plus tôt, l'efficacité de la prévention primaire en matière d'utilisation abusive de drogues est limitée. Une fois qu'une personne a commencé à consommer des drogues, le meilleur moyen d'éviter l'infection à VIH associée à l'injection est d'abandonner cette pratique. Certains pays ont réagi à l'épidémie de VIH en élargissant le champ des services de désintoxication, rendant certains d'entre eux obligatoires. Ce ne sont pas tous les utilisateurs de drogue qui veulent ou peuvent cesser de consommer. Dans de tels cas, il demeure urgent de réduire les risques d'infection par le VIH associés à la pratique de l'injection. Des programmes complets de prévention fondés sur le principe de la réduction des méfaits ou de la prévention secondaire permettent d'intervenir en pareille situation¹⁷.

La réduction des méfaits vise avant tout à diminuer les conséquences néfastes liées à l'utilisation des drogues.

La réduction des méfaits est une approche sociale relativement nouvelle qui, depuis quelques années, gagne en popularité, particulièrement en Australie, au Royaume-Uni, en Allemagne et aux Pays-Bas, en réaction à la propagation du VIH chez les UDI. Même si cette approche peut

s'étendre à toutes les drogues, y compris à l'alcool et au tabac, elle a surtout été appliquée dans le cadre de l'utilisation de drogue par injection, en raison de la nature urgente des méfaits associés à cette pratique. La réduction des méfaits vise avant tout à diminuer les conséquences néfastes liées à l'utilisation des drogues. Cette approche contraste avec celle de l'abstinence, modèle qui domine dans la plupart des régions du monde et qui vise avant tout à diminuer l'usage des drogues. Par opposition, une approche de réduction des méfaits part du principe que des stratégies strictement axées sur la diminution de la fréquence d'utilisation des drogues ne peuvent qu'entraîner une augmentation des différents méfaits liés aux drogues. L'approche de la réduction des méfaits tente de diminuer les problèmes liés à l'utilisation des drogues, tout en reconnaissant que l'abstinence peut ne pas être une solution réaliste ou souhaitable pour certains, surtout à court terme. Cela ne veut pas dire nécessairement que la réduction des méfaits et l'abstinence s'excluent mutuellement, seulement, l'abstinence n'est pas le seul objectif acceptable ou important. La réduction des méfaits est une approche caractérisée par le pragmatisme. Elle tente de déterminer, de mesurer et de réduire au minimum les répercussions négatives liées à l'usage des drogues, que ce soit au niveau individuel, communautaire ou social.

La réduction des méfaits est une approche caractérisée par le pragmatisme. Elle tente de déterminer, de mesurer et de réduire au minimum les répercussions négatives liées à l'usage des drogues, que ce soit au niveau individuel, communautaire ou social.

Le concept de réduction des méfaits, tel que nous le connaissons aujourd'hui, nous vient du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de l'Amérique du Nord (voir les explications qui suivent). Plusieurs pays ou régions ont adopté la réduction des méfaits à titre de politique et de pratique. Par exemple, le British Advisory Council on the Misuse of Drugs a déclaré ce qui suit : « c'est sans hésiter que nous concluons que la propagation du VIH représente une menace plus grande pour les personnes et la santé publique que l'abus de drogues. En conséquence, dans les plans de démarrage, il faudrait

accorder la priorité aux services visant à réduire les comportements à risque de transmission du VIH, par tous les moyens disponibles »¹⁸. L'Organisation mondiale de la Santé a exprimé une opinion semblable en déclarant que les politiques visant à réduire l'utilisation des drogues ne devaient pas compromettre l'application des mesures contre la propagation du VIH/sida¹⁹.

L'approche de la réduction des méfaits est fondée sur les principes suivants :

- Pragmatisme – Reconnaître qu'un certain niveau d'utilisation des drogues est inévitable dans la société, et accepter le fait qu'une personne puisse consommer des drogues. Cependant, une approche axée sur la réduction des méfaits à court terme n'exclut pas l'abstinence à long terme.
- Valeurs humanistes – Respecter la dignité et les droits de l'utilisateur de drogues, et éviter de condamner ou d'appuyer l'usage des drogues.
- Accent sur les méfaits – Accorder une plus grande importance aux méfaits associés à l'utilisation des drogues plutôt qu'à la drogue en tant que telle. Cela signifie que la priorité est donnée à la réduction des répercussions négatives découlant de l'usage des drogues.
- Hiérarchie des objectifs – S'attaquer, en premier lieu, aux objectifs les plus immédiats et les plus réalistes, qui poseront les jalons vers l'utilisation sans danger des drogues ou, le cas échéant, vers l'abstinence.
- Équilibre coûts-avantages – Déterminer, mesurer et évaluer l'importance relative des problèmes liés à la drogue, des torts qui en découlent et du rapport coûts-avantages des interventions, de manière à pouvoir canaliser les ressources vers les questions prioritaires²⁰.

3.2 Programmes et politiques axés sur la réduction des méfaits

Accessibilité aux programmes d'échange de seringues

Pour beaucoup de gens, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PEAS) sont synonymes de l'approche de réduction des méfaits. Ces programmes existent parce que de nombreux UDI ne peuvent pas ou ne veulent pas cesser l'injection de drogue; aussi la fourniture d'aiguilles et de seringues stériles est-elle un moyen simple et peu coûteux de réduire leur risque

Ces programmes existent parce que de nombreux UDI ne peuvent pas ou ne veulent pas cesser l'injection de drogue; aussi la fourniture d'aiguilles et de seringues stériles est-elle un moyen simple et peu coûteux de réduire leur risque d'être infecté par le VIH ou de transmettre le virus à d'autres personnes.

d'être infecté par le VIH ou de transmettre le virus à d'autres personnes. La distribution de trousse de désinfection (contenant de l'eau de Javel et des instructions pour désinfecter le matériel d'injection) est une autre façon de réduire les risques liés à la pratique de l'injection. On a à présent fait la preuve qu'il est possible d'établir des PEAS dans plusieurs pays à faible revenu, notamment au Brésil, en Inde, au Vietnam et en Thaïlande. Des programmes ont également été instaurés en Europe centrale et Europe de l'Est, y compris en République tchèque et en Russie.

Dans le cadre des PEAS, différentes stratégies sont utilisées, telles que les services de sensibilisation, les distributrices automatiques d'aiguilles et l'échange de seringues souillées contre des seringues propres dans des postes de police et des pharmacies. Au Brésil, des pharmacies privées assurent la gestion des programmes d'échange. Les programmes de sensibilisation ont l'avantage d'offrir d'autres services et de faciliter le contact entre les utilisateurs de drogue et les travailleurs de la santé. Au Canada, par exemple, les PEAS attirent souvent des utilisateurs ayant des comportements à risque élevé, qui sont donc plus exposés au VIH et qui ont grand besoin de services complets²¹. On dispose à présent de preuves manifestes que la participation à des programmes d'échange et l'accessibilité accrue des aiguilles et des seringues entraînent une diminution des risques (p. ex. partage de seringues moins fréquent) et des méfaits (p. ex. baisse des taux d'infection à VIH). Une étude portant sur le VIH, menée auprès des UDI de 81 villes de l'Amérique du Nord, de l'Europe, de l'Asie et du Pacifique Sud, a révélé une augmentation moyenne du taux d'infection à VIH de 5,9 % dans les 52 villes non dotées de programmes d'échange de seringues, par opposition à une baisse moyenne de 5,8 % dans les 29 villes disposant de tels programmes²².

De nombreuses études ont montré que les programmes d'échange de seringues rejoignent et touchent les populations exposées à un risque élevé d'infection à VIH les plus démunies. À cet égard, ils jouent un rôle particulier dans le cadre d'une stratégie globale de prévention de l'infection à VIH et de l'abus de substances, puisqu'ils facilitent la participation de ces populations à des mesures de prévention et à des occasions de traitement concrètes²³.

En général, les jeunes et les nouveaux utilisateurs de drogue par injection n'utilisent pas les services traditionnels; il est possible qu'ils aient besoin de leur propre programme d'échange ou d'un programme d'échange secondaire (distribution de matériel d'injection à des UDI qui ne participent pas à un programme d'échange, par des UDI y participant). Les recherches menées aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Europe révèlent que l'échange secondaire se pratique, et que les UDI sont très motivés à limiter la propagation du VIH au sein de leurs réseaux d'utilisation de drogues,

ainsi qu'à protéger leurs pairs et eux-mêmes, en fournissant du matériel d'injection et des renseignements concernant la réduction des risques à ceux d'entre leurs pairs qui sont les plus difficiles à joindre et les plus vulnérables²⁴.

Désinfection du matériel d'injection

Dans la plupart des collectivités, en particulier dans les pays à faible revenu, les seringues et les aiguilles ne sont pas rapidement accessibles, ce qui crée une situation propice au partage du matériel d'injection. Dans ce contexte, il est essentiel de recourir à des stratégies de désinfection de ce matériel, telles que la stérilisation des aiguilles et des seringues dans de l'eau bouillante, la désinfection au moyen d'un javellisant ou d'autres décontaminants et le rinçage à l'eau. Les programmes de distribution d'eau de Javel ont été les plus utilisés aux États-Unis, pays où on a restreint les programmes d'échange pour des raisons légales et politiques. La distribution d'eau de Javel et d'instructions sur les méthodes de désinfection a été utilisée en milieu carcéral, notamment au Canada et en Australie, de même que dans des pays à faible revenu, par exemple en Malaisie, au Vietnam, en Inde et en Thaïlande.

En ce qui concerne la réduction du risque de contracter le VIH, l'efficacité des programmes de distribution d'eau de Javel et d'instructions pour la désinfection du matériel d'injection a été remise en question. En outre, ces mesures ne permettent pas de détruire les virus de l'hépatite B et C. Plusieurs facteurs ont limité l'efficacité de tels programmes : le manque de cohérence des directives (confusion liée aux différentes recommandations concernant le type de désinfectant et les concentrations requises); les UDI n'ont souvent ni le temps ni l'occasion d'appliquer les procédures recommandées, et la stérilisation à l'eau bouillante réduit la durée de vie du matériel d'injection. Également, dans de nombreuses régions, on n'a souvent pas accès à de l'eau de Javel et, lorsqu'elle est accessible, les UDI s'inquiètent des effets de l'injection de résidus de Javel, alors que d'autres refusent de l'utiliser en raison de l'odeur qui s'en dégage.

En revanche, les programmes de distribution d'eau de Javel peuvent susciter des liens entre les travailleurs de la santé et les UDI et partant, faciliter d'autres initiatives de prévention du VIH. Ces programmes sont utiles lorsque les UDI n'ont pas accès à des PEAS ou à du matériel d'injection vendu en pharmacie. Par ailleurs, d'autres décontaminants efficaces, faciles d'utilisation et bon marché doivent être ciblés.

Traitements faisant appel aux drogues de substitution

Les programmes de traitement se sont avérés efficaces pour aider les utilisateurs de drogue à réduire ou à abandonner la pratique de l'injection, en particulier les traitements de substitution. La

Des programmes efficaces peuvent abaisser les taux de morbidité et de mortalité, réduire la criminalité, prévenir la propagation du VIH et permettre aux utilisateurs de drogue de se prendre en main. Un facteur déterminant qui sous-tend le succès du TEM, en tant que mesure de réduction des méfaits, est sa capacité de rapprocher les utilisateurs de la société plutôt que de les traiter comme des étrangers ou des criminels

méthadone à administration orale est le traitement de substitution le plus largement utilisé, mais il existe d'autres traitements, dont : l'administration de méthadone ou d'héroïne par injection, l'administration sublinguale de buprénorphine ou de péthidine, la prise orale de sulfate de morphine, les « reefer » (cigarettes ordinaires ou aux herbes naturelles dans lesquelles un pharmacien

injecte de l'héroïne ou de la méthadone) destinés aux consommateurs d'opiacés et l'administration orale de dexamphétamine, pour les utilisateurs d'amphétamines. Dans plusieurs pays à revenu élevé, notamment au Royaume-Uni, en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas, les services de réduction des méfaits comprennent la prescription de drogues par des médecins, l'accès à des cliniques de traitement des pharmacodépendances et les équipes communautaires antidrogue. De tels programmes visent à détourner les utilisateurs de drogue illicite par injection vers des « drogues propres », non injectables. Les traitements médicamenteux prescrits varient en fonction du résultat recherché, allant de la désintoxication à court terme à l'entretien à long terme. Des méthodes efficaces utilisées dans des pays comme la Bolivie incluent la prescription de feuilles de coca et de teintures permettant de stabiliser et de réadapter les utilisateurs²⁵.

Programmes de traitement d'entretien à la méthadone

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) a été utilisé dans de nombreux pays à revenu élevé où cette substance est accessible auprès de cliniques médicales et d'omnipraticiens, ainsi que dans certaines villes européennes, par l'entremise de cliniques mobiles et d'« autobus de méthadone », qui dispensent des services aux utilisateurs de drogue. Des programmes efficaces peuvent abaisser les taux de morbidité et de mortalité, réduire la criminalité, prévenir la propagation du VIH et permettre aux utilisateurs de drogue de se prendre en main. Un facteur déterminant qui sous-tend le succès du TEM, en tant que mesure de réduction des méfaits, est sa capacité de rapprocher les utilisateurs de la société plutôt que de les traiter comme des étrangers ou des criminels. L'expérience acquise porte à croire que les programmes de TEM sont plus efficaces s'ils sont accessibles et souples, et s'ils assurent un suivi efficace par différents moyens. À titre d'exemple, aux Pays-Bas, le traitement d'entretien à la méthadone est utilisé pour rejoindre, stabiliser, désintoxiquer et soigner les utilisateurs d'héroïne. En fournissant de la méthadone sans dresser trop d'obstacles, il est possible de rejoindre de larges pans de la population des utilisateurs d'héroïne. Cependant, il arrive que les programmes de traitement de substitution à la méthadone soulèvent certains problèmes, notamment lorsque les doses prescrites sont trop faibles pour prévenir les rechutes chez l'utilisateur d'héroïne. Pour remédier à ce problème, certains pays mettent à l'essai des programmes de traitement associant méthadone et héroïne.

Les buts, la conception, la prestation et l'efficacité des programmes de TEM varient considérablement. Les mesures d'efficacité de ces programmes comprennent : des réductions sur le plan de l'usage illégal d'opioïdes et des comportements à risque, une baisse de la criminalité, un maintien du traitement à long terme et un état de santé amélioré. Des études évaluant l'efficacité ont révélé que les programmes caractérisés par la prescription de doses élevées de méthadone (plus de 50 à 60 mg/jour) sont plus efficaces; un objectif thérapeutique d'entretien (stabilisation) à long terme plutôt que de désintoxication menant à l'abstinence; des services de soutien (comprenant des services de counselling, sociaux et médicaux) et des relations personnel-client améliorées.

D'autres agonistes des opioïdes d'utilisation moins répandue et n'ayant pas fait l'objet d'autant d'évaluations incluent : le LAAM (lévo-alpha-acétylmétadol), un agoniste synthétique des opioïdes, à action prolongée et à administration orale; la buprénorphine, un opioïde à la fois agoniste et antagoniste administré par voie sublinguale; la teinture d'opium, une suspension orale d'opium buvable; l'éthylmorphine, un analogue de la morphine administré par voie orale, et le pentazocine, un opioïde agoniste et antagoniste à administration orale. Jusqu'à présent, on compte des programmes de traitement par agoniste surtout dans les pays à revenu élevé, et l'on soutient que de

tels pharmacothérapies ne sont ni appropriées, ni applicables, ni abordables pour les pays à faible revenu. Certains programmes de traitement par agoniste ont été mis sur pied en Asie, en Amérique latine et en Europe de l'Est. En Inde, des programmes axés sur l'administration sublinguale de buprénorphine ont été mis en œuvre. Au Népal, dans diverses régions de la Thaïlande, en Lettonie, en Lituanie, en Pologne et en Macédoine, des programmes de traitement d'entretien à la méthadone sont mis en place. En Thaïlande du Nord, on recourt à la teinture d'opium dans le cadre de cures de désintoxication et de traitement d'entretien faisant appel aux produits de substitution. En République tchèque, on a établi un programme de prescription d'éthylmorphine pour traiter la dépendance à l'héroïne.

En Asie, la plupart des programmes de pharmacothérapie par agoniste ont été mis en œuvre dans les collectivités où vivent les utilisateurs de drogue, souvent sans l'appui du gouvernement ou sans autorisation formelle. Ces programmes sont très différents de ceux des pays à revenu élevé. Des principes tels que la participation de la collectivité et l'intégration à des services de soins primaires ont rendu leur mise en œuvre possible, acceptable et abordable, même dans les bidonvilles et les tribus de villages éloignés. Il demeure que ces programmes auraient besoin d'être évalués en profondeur, car un nombre considérable de clients continuent de s'injecter des drogues alors qu'ils sont inscrits à un programme de pharmacothérapie; lorsqu'ils se font une injection, les clients doivent avoir accès à du matériel stérile et à de l'information sur le VIH, que ce soit par l'entremise du programme ou de services d'aiguillage²⁶.

Programmes d'éducation et services d'approche

Du matériel éducatif centré sur la réduction des méfaits et destiné aux populations à risque élevé est facilement accessible dans certains pays, alors que, dans d'autres, il est extrêmement controversé et souvent inaccessible. Ce matériel ne fait pas la promotion de l'utilisation des drogues, mais il explique aux utilisateurs comment réduire les risques associés à l'usage des drogues, en particulier les risques de transmission du VIH et d'autres infections à diffusion hémotogène. Dans beaucoup de pays, des travailleurs des services d'approche entrent en contact avec des UDI, distribuent du matériel éducatif, des seringues, des préservatifs et des trousseaux de désinfection à l'eau de Javel, en plus d'aider les utilisateurs à entrer en contact avec d'autres services. Dans des cliniques du Royaume-Uni, des infirmières enseignent des techniques d'injection sécuritaire.

Les services d'approche aident à créer des environnements favorables en distribuant de l'information et en offrant des services à des populations difficiles d'accès, ainsi qu'en établissant des liens entre les UDI et les services de santé.

Les services d'approche aident à créer des environnements favorables en distribuant de l'information et en offrant des services à des populations difficiles d'accès, ainsi qu'en établissant des liens entre les UDI et les services de santé. Les programmes d'éducation par les pairs se sont avérés efficaces pour réduire les comportements à risque et les taux d'infection à VIH chez les utilisateurs de drogue, tandis que, lorsqu'il s'agit de rejoindre de nouveaux clients, les PEAS fondés sur les pairs offrent un rendement supérieur aux programmes gérés par des intervenants de l'extérieur²⁷. Le recours à des anciens UDI pour éduquer les pairs

joue également un rôle important dans les programmes d'intervention de pays tels que l'Inde et le Népal. En Australie et dans de nombreux pays européens, les utilisateurs de drogue se sont regroupés en organisations pour la défense de leurs droits et la mise en œuvre de programmes de

prévention du VIH. Les pairs peuvent aider à changer les normes d'un groupe en témoignant des changements qu'ils ont eux-mêmes apporté à leur comportement.

Le travail d'approche est habituellement nécessaire pour cibler les réseaux d'UDI, leur faire connaître les services offerts dans le cadre du programme, établir des liens de confiance entre le personnel des programmes et les UDI et, dans certains cas, pour distribuer du matériel d'injection stérile et du matériel d'éducation, et/ou pour évaluer les besoins des UDI. Cependant, il est peu probable que le travail d'approche permette de rejoindre un nombre suffisant d'UDI dispersés parmi de vastes réseaux sociaux, dans des délais suffisamment courts pour prévenir la progression rapide de l'épidémie de VIH. Les normes sociales en matière d'injection ne changeront que si les UDI participent activement²⁸. Cette participation peut prendre des formes multiples, mais dans le cadre de programmes d'approche, elle fait surtout appel à l'éducation et/ou au soutien par les pairs. L'éducation par les pairs consiste à former des UDI qui éduqueront à leur tour d'autres UDI sur les risques de transmission du VIH ainsi que sur les pratiques d'injection et les pratiques sexuelles sécuritaires²⁹. Une étude portant sur les PEAS australiens a révélé que l'éducation par les pairs était perçue comme un élément essentiel du travail des intervenants³⁰. Une étude européenne menée auprès de 2 554 UDI en Grèce, en France, en Italie, au Portugal et en Espagne a permis de constater que les UDI étaient beaucoup plus réceptifs au matériel éducatif lorsque ce dernier était distribué au « contact amical » d'un autre UDI, plutôt que par un conseiller ou un autre professionnel³¹.

Aux risques de transmission du VIH découlant du partage d'aiguilles et de seringues s'ajoutent ceux liés à la préparation, à la fabrication et à l'achat de drogues. Il importe que l'on tienne compte de ces risques dans les PEAS et les programmes d'éducation, de même que des risques associés au comportement sexuel, par l'éducation préventive et la distribution de préservatifs. Des groupes de discussion, des entrevues en profondeur et le recours à des méthodes ethnographiques, telles que l'observation (et l'utilisation de vidéos pour enregistrer les procédés de préparation et de fabrication des drogues), permettent de cibler les facteurs de transmission du VIH et de mieux comprendre la nature sociale du vécu des utilisateurs de drogue. Les programmes d'éducation peuvent alors se servir de cette information pour élaborer des stratégies de prévention appropriées. De telles stratégies doivent avoir pour but de changer les normes sociales en matière d'injection de drogue et de comportement sexuel. Lorsqu'on encourage une proportion considérable d'UDI à adopter des comportements plus sécuritaires, c'est alors la prévention du VIH qui devient la norme. Mais comme le souligne Burrows, outre ce changement apporté aux normes sociales, chaque utilisateur doit prendre lui-même la décision de protéger sa santé : beaucoup d'UDI ne se préoccupent pas de l'infection à VIH, même s'ils ont conscience qu'elle entraînera de graves problèmes de santé et, éventuellement, la mort. Cette indifférence semble découler de l'intériorisation d'attitudes négatives venant des parents, des médias, des professionnels de la santé et de la collectivité en général à l'égard des utilisateurs de drogue³².

Dans le cadre des programmes d'éducation par les pairs, les UDI participent à tous les aspects visant à définir les questions à régler et les type de stratégies à utiliser en matière d'éducation et dans d'autres domaines. En outre, ils doivent dispenser de l'éducation et d'autres services et, parfois, évaluer leur travail et en faire rapport³³. Les premiers programmes de soutien par les pairs ont été lancés dans les années 80, aux Pays-Bas, puis se sont étendus rapidement en Allemagne, au Royaume-Uni, en Norvège, au Danemark, en Belgique, en Italie, en Espagne, en Australie et en Nouvelle-Zélande³⁴. Depuis peu, dans des pays tels que l'Inde, le Brésil, le Bangladesh, la Slovaquie et la Russie, on assiste à la formation de groupes de soutien composés de pairs³⁵. La promotion du

soutien par les pairs est de plus en plus perçue comme un volet essentiel à l'établissement de PEAS efficaces.

Enfin, il est impératif de rejoindre les UDI exposés à un risque élevé de contracter le VIH. Des programmes spécifiques sont peut-être nécessaires pour cibler les groupes d'UDI suivants : les femmes, les gais et les lesbiennes, les jeunes des rues et certains groupes ethniques souvent marginalisés. Les utilisatrices de drogue par injection qui sont également des travailleuses du sexe sont de plus en plus perçues comme les principaux liens entre l'épidémie de VIH liée à l'injection de drogue et l'épidémie de VIH liée à des rapports sexuels non protégés. Dans la hiérarchie des priorités, les utilisatrices de drogue par injection devraient, à tout le moins, être au même niveau que les utilisateurs, surtout dans les pays où une proportion importante d'entre elles sont aussi des travailleuses du sexe.

Avant que ne survienne l'épidémie de sida, seuls les Pays-Bas comptaient un nombre considérable d'organisations d'utilisateurs de drogue. Malgré l'hostilité à leur égard et leur manque de ressources, les organisations d'UDI sont devenues des acteurs de premier plan dans la lutte contre le sida. Ces organisations ont émergé selon deux modèles distincts : les premières sont formées d'UDI qui s'organisent entre eux; les secondes, de non-utilisateurs dont les interventions visent à aider les UDI. Les groupes d'utilisateurs européens ont formé une coalition, soit le European Interest Group of Drug Users et, en 1992, on fondait un groupe international, l'International Drug Users Network. Ces réseaux cherchent à faire reconnaître les droits fondamentaux des UDI, à tenir les différents groupes d'utilisateurs de drogue informés des activités des autres groupes, à encourager la formation de nouveaux groupes, à faire valoir les opinions des utilisateurs lors de tribunes publiques et à exercer leur influence sur les politiques publiques et privées qui touchent les utilisateurs de drogue³⁶. Jusqu'à présent, on ne compte aucune étude formelle concernant l'influence de ces organisations d'utilisateurs de drogue sur les comportements à risque des populations et des réseaux locaux d'UDI ou sur la mesure dans laquelle les différents choix stratégiques de ces organisations peuvent influencer sur la réduction des risques chez les UDI. Il est difficile de mener et de financer de telles études.

Application de la loi

Dans certains pays, des organismes d'application de la loi ont adopté des approches de réduction des méfaits. Par exemple, au Royaume-Uni, certaines autorités policières se concentrent sur l'application des lois contre le trafic des stupéfiants, tout en appliquant une politique d'avertissement à l'égard des utilisateurs. Cette stratégie vise à éviter que les utilisateurs soient emprisonnés ou poursuivis en justice et à les diriger vers des services de traitement et d'échange de seringues. De même, aux Pays-Bas, la police appuie depuis longtemps les programmes de réduction des méfaits en concentrant les efforts d'application de la loi sur les trafiquants à grande échelle et le maintien d'un environnement paisible et sécuritaire. À Hambourg (Allemagne), une récente réorientation politique vers la réduction des méfaits se manifeste dans la collaboration entre la police, les représentants de la santé et les utilisateurs de drogue, afin d'améliorer l'accès aux services sociaux.

Zones de tolérance

Une autre approche, mise en œuvre dans plusieurs villes européennes et à Sydney (Australie), intègre la fourniture d'installations – zones de tolérance, salles d'injection, salles de santé ou centres de contact – où les utilisateurs de drogue peuvent obtenir du matériel d'injection stérile, des préservatifs, des conseils et des soins médicaux, tout en préservant leur anonymat. Outre le fait qu'elles permettent aux utilisateurs de prendre des drogues dans un environnement relativement sécuritaire, on considère la présence de zones de tolérance préférable à l'injection dans des lieux publics ou dans des piqueries insalubres et contrôlées par des trafiquants. Là où des évaluations ont été menées, il semble que cette initiative réduise les risques d'infection par le VIH et de surdose; cependant, d'autres études contrôlées et des analyses rigoureuses sont nécessaires avant de tirer des conclusions définitives concernant l'efficacité des sites d'injection sécuritaires (les aspects juridiques liés aux salles d'injection sont abordés plus loin). Les zones de tolérance ouvertes, habituellement situées à proximité de gares, de parcs et de zones commerciales, ont eu un succès relatif, fonctionnant bien à Rotterdam (Pays-Bas), mais à un degré moindre en Suisse et en Allemagne. Néanmoins, il est clair que les travailleurs sociaux et ceux des services de santé publique trouvent plus facile de fournir des services lorsque les utilisateurs sont facilement accessibles.

3.3 Limites et obstacles associés à la réduction des méfaits

Malgré une réduction substantielle des risques liés à l'injection chez les utilisateurs de drogue, les efforts pour diminuer les pratiques sexuelles à risque ont été, pour la plupart, beaucoup moins prometteurs. En ce qui concerne la transmission du VIH chez les UDI, on ne connaît toujours pas avec certitude la proportion de cas attribuables à la pratique de l'injection et la proportion de cas attribuables aux rapports sexuels. La relation entre l'utilisation de psychotropes spécifiques et le comportement sexuel demeure obscure; les données sur la cocaïne portent tout particulièrement à confusion. D'autres recherches sont nécessaires, en particulier dans les pays à faible revenu, afin d'explorer les liens entre l'utilisation de substances, le comportement sexuel et l'infection à VIH. Il est possible que la montée spectaculaire de la promotion et de la consommation d'alcool dans les pays à faible revenu aient un impact considérable sur la transmission sexuelle du VIH, surtout dans des régions comme l'Afrique, où la prévalence du VIH est déjà élevée dans certaines collectivités.

La diversité des populations d'UDI requiert le recours à un éventail d'interventions mettant l'accent sur la mobilisation des services de santé et des réseaux d'utilisateurs de drogue. Il faut mener des recherches sur le contexte d'application et la conception des programmes, ainsi que sur la façon de s'y prendre pour instaurer des programmes abordables dans les pays à faible revenu. Par exemple, des solutions de rechange au traitement d'entretien à la méthadone doivent être envisagées pour réduire les coûts, attirer des populations mal desservies et promouvoir la participation des UDI non dépendants des opiacés. Dans les pays à faible revenu, l'expérience des programmes communautaires en matière de traitement de substitution pourrait contribuer à une réorientation des programmes dans les pays à revenu élevé. Ces programmes, établis pour répondre aux besoins ciblés dans les collectivités, ont été conçus, mis en œuvre et gérés par les collectivités elles-mêmes.

Les ONG, en particulier celles qui englobent les utilisateurs de drogue, ont été les plus efficaces sur le plan de la collaboration avec les UDI et de la promotion de la réduction des méfaits, probablement parce que ces organisations sont en mesure d'aller au-delà des frontières politiques et législatives des gouvernements, lesquelles peuvent exacerber les méfaits, tout particulièrement chez les groupes marginalisés. Les réseaux dédiés à la réduction des méfaits, lesquels forment l'International Harm Reduction Network, ont obtenu un succès retentissant à l'échelle régionale, nationale et internationale³⁷. En dépit de ce succès, l'efficacité de ces organisations et de ces réseaux est gravement compromise par l'opposition des dirigeants politiques et l'absence de soutien financier.

Les programmes d'information et d'éducation sur le VIH et l'injection de drogue doivent être offerts à l'ensemble de la population, afin d'accroître ses connaissances et de réduire la marginalisation des utilisateurs de drogue, car ce phénomène ne peut que compromettre l'efficacité des programmes. Si nous voulons réduire considérablement, à court et à long terme, les méfaits liés aux drogues (notamment les taux d'infection à VIH), il est impératif de cesser toute marginalisation

des utilisateurs de drogue illicite et de reconnaître qu'ils sont, eux aussi, des citoyens, même s'ils consomment une drogue qui, à l'heure actuelle, est inacceptable du point de vue social.

des utilisateurs de drogue illicite et de reconnaître qu'ils sont, eux aussi, des citoyens, même s'ils consomment une drogue qui, à l'heure actuelle, est inacceptable du point de vue social.

Certaines mesures de réduction des méfaits liés aux drogues, telles que l'échange d'aiguilles dans les établissements correctionnels et la présence de sites d'injection sécuritaires, se sont heurtées à des barrières juridiques et politiques, et ce, malgré leur

nature éthique et humaine. Les contestations judiciaires qu'elles ont entraînées ont généralement abouti à un gain de cause, ce qui permet d'envisager l'avenir d'interventions aussi cruciales avec une certaine confiance. Dans la perspective plus large de la question des lois antidrogue et des traités internationaux, il faut que d'autres discussions et des changements aient lieu d'urgence, afin d'éviter que des crises sanitaires et sociales n'éclatent à l'échelle nationale et internationale.

Un certain nombre d'obstacles à la réduction des méfaits liés aux drogues ont été cernés³⁸. L'expérience mondiale a révélé l'importance des éléments qui entravent et facilitent la prévention du VIH dans les populations d'utilisateurs de drogue, notamment les suivants :

- Le rôle crucial des ONG et des réseaux, y compris des réseaux de ressources techniques à l'échelle régionale, nationale et mondiale.
- Le rôle central des projets communautaires, y compris celui des utilisateurs de drogue et des personnes vivant avec le VIH/sida.
- Une attitude pragmatique à l'égard des problèmes liés aux drogues.
- Une tradition bien établie en matière de santé publique, selon laquelle l'usage des drogues est perçu comme une question de santé publique et non de justice pénale.
- Une politique guidée par des impératifs scientifiques.
- La reconnaissance de la gravité du VIH/sida et de ses conséquences à long terme.
- Une stratégie d'envergure locale et nationale associant la lutte contre le sida et la réduction de l'usage des drogues.
- Des ressources sanitaires et sociales adéquates, y compris des soins de santé universels.

- La reconnaissance que la prévention est beaucoup plus rentable que ne le sont le traitement de l'infection à VIH ou le recours au système de justice pénale.
- La présence d'un « filet social » et d'une gamme étendue de programmes sociaux et sanitaires destinés à l'ensemble de la collectivité.
- La présence d'un ou plusieurs défenseurs politiques et d'une volonté politique.
- L'absence d'un arsenal de mesures légales ou leur assouplissement.
- L'assentiment des communautés religieuses (ou au moins une volonté de ne pas s'opposer aux efforts de prévention).
- Une volonté, de la part des organisations, d'accepter que la « réduction des méfaits » fasse partie intégrante des objectifs des politiques et des programmes, de façon implicite ou explicite.
- L'intégralité : les stratégies visant à surmonter les obstacles doivent être globales et tenir compte des facteurs contextuels. À titre d'exemple, le VIH et le sida ne sont souvent pas les problèmes les plus urgents dans les installations où l'on manque de ressources; des soins médicaux de base, ainsi que l'éducation et l'information pour tous, aident à résoudre une foule de problèmes différents liés à la santé. Les inégalités sociales et économiques rendent les gens vulnérables au VIH. Des questions ayant trait au sexe, aux soins de santé, à l'éducation, au travail et aux ressources économiques, ainsi qu'à la concentration du pouvoir et de la richesse ne sont pas faciles à régler. En fait, certaines personnes préfèrent peut-être fermer les yeux. Cela dit, les stratégies les plus efficaces allient initiatives de santé, d'éducation et d'application de la loi.

Même si, à l'intérieur du cadre des traités internationaux actuels sur la drogue, nous pouvons faire beaucoup pour réduire les méfaits liés aux drogues, des interprétations étroites de ces traités et le défaut de recourir à l'ensemble des options non pénales qu'ils prévoient ont limité la portée des actions. L'éducation des avocats, des juges et des défenseurs de droits, ainsi que des interventions des ONG et des groupes d'utilisateurs de drogue, notamment de ceux qui exercent dans les domaines de la santé et des droits de la personne, sont des stratégies qui pourraient peut-être remédier à cette situation. Nous pourrions, entre autres stratégies, examiner dans quelle mesure les lois nationales antidrogue en vigueur entrent en conflit avec la législation et les politiques nationales et internationales relatives aux droits de la personne. Dans certains pays, des actions en justice ont été menées contre des autorités pénitentiaires, par exemple en vertu des lois régissant la santé et les droits de la personne. Des organismes tels que l'ONUSIDA ont aussi un rôle important à jouer : ils doivent sensibiliser les États et les organisations membres au besoin urgent d'aborder les problèmes liés à l'utilisation des drogues comme des questions relevant de la santé et des droits de la personne, de même que promouvoir la tenue d'un débat constructif, ouvert et éclairé sur les changements qui doivent être apportés aux politiques et aux pratiques, afin de parvenir à réduire les méfaits liés aux drogues.

Pourtant, les approches axées sur la réduction des méfaits sont nettement plus efficaces et abordables lorsque la prévalence de l'infection à VIH est faible; en revanche, une fois que l'épidémie a pris racine, des interventions beaucoup plus intensives et coûteuses sont nécessaires.

Malgré la gravité du problème, la prévention du VIH chez les utilisateurs de drogue par injection ne fait pas partie des grandes priorités nationales. Pourtant, les approches axées sur la réduction des méfaits sont nettement plus efficaces et abordables lorsque la prévalence de l'infection à VIH est faible; en revanche, une fois que l'épidémie a pris racine, des interventions beaucoup plus intensives et coûteuses sont nécessaires. Ces constats ont des répercussions sur les nations africaines où la prévalence du VIH chez les UDI est encore faible, mais où la pratique de l'injection

gagne en popularité. Dans les nombreux pays où la prévalence du VIH chez les UDI est passée de faible à élevée, des mesures de réduction des méfaits doivent être immédiatement appliquées à grande échelle. Dans les pays où l'approche axée sur la réduction des méfaits est en voie de devenir la norme, comme c'est le cas dans la plupart des pays de l'Union européenne, il faut élargir le champ d'action des programmes. Des mesures limitées donnent des résultats très limités, en plus de comporter le risque que nous relâchions la vigilance parce que nous croyons qu'en appliquant quelques mesures de réduction des méfaits tout rentrera dans l'ordre, mais ces quelques mesures ne suffisent pas. À l'échelon international, la prévention du VIH chez les UDI n'occupe pas non plus un niveau élevé dans l'ordre des priorités. Les gouvernements et les organisations internationales doivent souligner la nature relativement peu coûteuse et simple des interventions pragmatiques visant à prévenir ou à maîtriser l'épidémie. Nous ne pouvons relâcher nos efforts; il importe que les programmes reçoivent un appui politique, qu'ils soient complets et mis en œuvre sur une vaste échelle, sans délai, afin de toucher le plus grand nombre d'UDI possible.

Somme toute, dans les pays industrialisés, en développement et en transition, les programmes et les politiques de réduction des méfaits se sont avérés extrêmement rentables en ce qui concerne la réduction de la transmission du VIH et d'autres problèmes. Au nombre des mesures appliquées, on compte : l'accessibilité des aiguilles et/ou des seringues, les traitements de substitution, les services d'approche et les sites d'injection sécuritaires, de même que les changements législatifs applicables lorsque certaines dispositions légales exacerbent les méfaits liés aux drogues plutôt que de les réduire. Même s'il est prouvé que les programmes et les politiques de réduction des méfaits sont rentables, leur portée et leur capacité demeurent beaucoup trop limitées, et leur mise en œuvre, beaucoup trop tardive³⁹. Les interventions ayant le plus grand impact, soit la distribution d'aiguilles, les traitements de substitution et les services d'approche assurés par des pairs, sont celles auxquelles on recourt le moins souvent. En revanche, les interventions dont les répercussions sont minimales, comme la réduction de l'offre, les contraintes légales, la désintoxication, l'abstinence et les programmes de sensibilisation, sont celles auxquelles on recourt le plus souvent⁴⁰.

4. MEILLEURES PRATIQUES DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

4.1 Le concept de « meilleure pratique »

Dans le présent document, le concept de « meilleure pratique » est celui utilisé par l'ONUSIDA dans sa série de livrets sur les meilleures pratiques et le VIH/sida.⁴¹ « Pour l'ONUSIDA, travailler sur les meilleures pratiques consiste à accumuler et à appliquer les connaissances sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans des situations et des contextes différents. En d'autres termes, ce concept regroupe à la fois les enseignements *et* le processus permanent d'apprentissage, de feed-back, de réflexion et d'analyse (qu'est-ce qui marche, comment et pourquoi, etc. »⁴². Dans le présent rapport, les meilleures pratiques renvoient aux projets, aux programmes et aux politiques en matière de prévention du VIH/sida chez les utilisateurs de drogue par injection. Le processus des meilleures pratiques se concrétise de trois manières :

- échange d'expériences, y compris le partage entre des experts indépendants et des réseaux de ressources;
- pilotage d'essais, recherche opérationnelle et autres projets et programmes;

- documentation (les meilleures pratiques ne sont pas limitées à la documentation).

Deux méthodes peuvent être utilisées pour évaluer ce qui constitue une pratique exemplaire. La première méthode est basée sur une description simple des résultats obtenus grâce à la pratique considérée. De ce point de vue, une meilleure pratique peut être tout ce qui fonctionne, en totalité ou en partie, et dont nous pouvons tirer des leçons. La seconde méthode est celle utilisée par l'ONUSIDA et adoptée ici. Elle consiste à mener une analyse approfondie de la pratique considérée à l'aide de critères établis qui évaluent les forces et les faiblesses ainsi que les succès et les échecs. Cinq critères sont appliqués : efficacité, efficacité, pertinence, conformité à l'éthique et durabilité. Les meilleures pratiques « candidates » doivent répondre à l'un ou plusieurs de ces critères, mais pas nécessairement à tous. Il est à espérer qu'au fil du temps et de l'ajout de meilleures pratiques candidates, une quantité croissante d'entre elles pourront répondre à un plus grand nombre de critères.

Les meilleures pratiques visent les objectifs suivants :

- renforcer la capacité de recenser, de documenter, d'échanger, de promouvoir, d'utiliser et d'adapter les meilleures pratiques en tant qu'enseignements à l'échelle nationale ou régionale, comme outil permettant d'élargir les interventions nationales pour lutter contre le VIH/sida;
- promouvoir l'application du processus des meilleures pratiques pour définir et formuler les politiques et les stratégies;
- rassembler, produire, diffuser et promouvoir l'information relative aux meilleures pratiques.

Les meilleures pratiques décrites dans ce rapport sont tirées de documents de l'ONUSIDA et de ses organismes coparrainants, de publications périodiques, de rapports de projets, de propositions de réseaux régionaux et de recommandations d'experts du monde entier. Ces pratiques ne sont pas toutes répertoriées dans le présent document, soit en raison de contraintes d'espace, soit parce que l'on ne disposait pas de précisions suffisantes. Toutefois, le processus se poursuit et chacun est invité à faire part de ses commentaires quant aux modifications à apporter ou aux ajouts.

Comme dans le cas des meilleures pratiques de l'ONUSIDA, seule une minorité des pratiques répertoriées dans le présent document ont été évaluées. Cette situation reflète les circonstances entourant la pandémie de VIH/sida : la majorité des pratiques décrites ici sont orientées vers l'action; elles ont été mises en place par des travailleurs de première ligne qui n'avaient ni le temps ni les ressources financières nécessaires pour procéder à des évaluations formelles. Voilà pourquoi un grand nombre des pratiques ne sont pas appuyées par des données d'évaluation. Néanmoins, dans tous les cas, les conclusions et les leçons tirées de ces expériences fournissent des renseignements sur les résultats et les répercussions.

4.2 Exemples des meilleures pratiques appliquées aux politiques, à la mobilisation et à l'élaboration d'une stratégie nationale⁴³

Les leçons apprises au cours des deux premières décennies de l'épidémie de VIH/sida nous ont permis de relever certaines caractéristiques communes aux initiatives de prévention du VIH efficaces⁴⁴ :

- Elles vont au-delà de la simple diffusion d'information.
- La compréhension des facteurs environnementaux et contextuels est jugée essentielle pour permettre aux gens de modifier leur comportement.
- Les modèles de changement de comportement doivent tenir compte des populations vulnérables et des risques.
- Les stratégies de prévention efficaces s'appliquent à plusieurs niveaux, entre autres au niveau :
 - des superstructures : environnements politiques et sociaux à grande échelle;
 - des infrastructures : lois et politiques;
 - du milieu : cadre de vie et normes;
 - de la personne : décisions et compétences de chacun.

Les programmes de prévention efficaces comprennent et tentent de rectifier le comportement des

Les programmes de prévention efficaces comprennent et tentent de rectifier le comportement des personnes, ainsi que de remédier à la vulnérabilité et aux risques. En outre, ils sont fondés sur les efforts communautaires, grâce auxquels ils progressent, et font appel à de multiples partenaires et à des composantes de la prévention.

personnes, ainsi que de remédier à la vulnérabilité et aux risques. En outre, ils sont fondés sur les efforts communautaires, grâce auxquels ils progressent, et font appel à de multiples partenaires et à des composantes de la prévention. Une véritable politique de prévention est complexe; il faut du temps pour mettre en place des mesures de prévention efficaces, et ceux qui souhaitent prévenir une épidémie doivent amorcer les efforts de prévention avant que la prévalence de l'infection à VIH n'atteigne des proportions mesurables. Enfin, la prévention doit s'inscrire dans une perspective à long terme, puisque l'épidémie est loin d'être terminée. Les efforts de prévention du VIH les plus efficaces sont ceux qui ont été

conçus pour répondre aux besoins (établis par ordre de priorité) d'une collectivité en particulier. De telles politiques et stratégies sont le fruit de suggestions venant de tous les membres de la collectivité concernés, en particulier de ceux qui courent le plus grand risque. Le processus de planification stratégique fait intervenir l'analyse des besoins, l'élaboration des politiques, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation. Ce processus a été clairement énoncé dans une série de documents publiés par l'ONUSIDA⁴⁵.

Les approches efficaces pour contrer le VIH/sida et l'injection de drogue doivent inclure une gamme d'interventions dans le domaine de la santé publique, tel que précisé dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (OMS, 1986), dans laquelle il est dit que, pour promouvoir efficacement la santé publique, les cinq activités suivantes doivent être amorcées simultanément⁴⁶ :

- Établissement de politiques publiques.
- Création d'un milieu favorable.
- Réorientation des services de santé.
- Renforcement de l'action communautaire.
- Acquisition de compétences individuelles : même si la Charte d'Ottawa accorde une grande place aux aspects sociaux et communautaires de la santé publique, les personnes assument également un rôle de premier plan, en raison du contrôle qu'elles exercent sur leur propre santé. Quatre groupes principaux doivent être ciblés dans le cadre de l'acquisition de compétences individuelles à l'égard de la prévention du VIH chez les UDI⁴⁷ :
 - les utilisateurs de drogue par injection;

- les partenaires sexuels, les familles et les amis des UDI;
- les médecins et d'autres travailleurs de la santé (psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, etc.);
- les travailleurs des services d'approche et les éducateurs de pairs.

Le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) souligne également l'importance d'aborder la question du contrôle des stupéfiants sous l'angle de la santé publique, en particulier dans les pays profondément affectés par le VIH/sida sévissant chez les utilisateurs de drogue⁴⁸. Les agences onusiennes et l'OMS recommandent que des mesures de santé publique soient intégrées à un cadre de politiques, de stratégies et d'activités axées sur la réduction des méfaits et visant à réduire ou à limiter la nature et la portée des conséquences néfastes de l'utilisation de drogue, notamment sur les plans suivants :

- sanitaire – y compris la transmission du VIH et d'autres maladies transmissibles;
- social – y compris les conséquences sociales du décès de jeunes (habituellement) UDI atteints du sida;
- économique – y compris les coûts associés au traitement des personnes infectées par le VIH/sida;
- légal – y compris le dépistage, l'arrestation et l'incarcération d'UDI.

Parmi les principales composantes d'une politique de réduction des méfaits efficace, on compte : la souplesse, des initiatives de promotion de la santé publique, une législation non centrée sur les mesures de répression, l'application de la loi fondée sur les services de police communautaires et la représentativité des points de vue d'un large éventail de partenaires locaux.

L'approche en matière de réduction des méfaits est fondée sur l'acceptation réaliste qu'aucune intervention connue n'éliminera complètement l'usage des drogues ou les problèmes qui en découlent, dans quelque ville, collectivité ou pays que ce soit⁴⁹.

Parmi les principales composantes d'une politique de réduction des méfaits efficace, on compte : la souplesse, des initiatives de promotion de la santé publique, une législation non centrée sur les mesures de répression,

l'application de la loi fondée sur les services de police communautaires et la représentativité des points de vue d'un large éventail de partenaires locaux⁵⁰. Les approches vraiment efficaces assurent également un champ d'intervention suffisant et la durabilité du projet. Les efforts de prévention isolés peuvent ralentir le rythme de progression de l'épidémie, mais cela ne dure pas. Par exemple, au Népal, les programmes d'échange d'aiguilles ont débuté dès 1991; déjà, en 1995, certains chercheurs affirmaient que les interventions avaient permis d'éviter une épidémie de VIH chez les utilisateurs de drogue. Cependant, vers 1997, près de la moitié des UDI de Katmandu soumis à un test de dépistage du VIH étaient séropositifs. Le programme d'échange d'aiguilles était trop limité et sa portée, trop restreinte pour avoir un effet durable. Une situation semblable est survenue à Vancouver (Canada). Les pays qui ont maintenu des taux de prévalence faibles chez les UDI sont ceux qui assurent l'accessibilité à grande échelle des aiguilles et des seringues, tout comme c'est le cas en Australie, en Angleterre et au Pays de Galles.

Une politique est un ensemble de principes directeurs qui sous-tendent le processus de réduction des méfaits, qui a été élaborée à partir de la meilleure information disponible et avec la participation et le soutien du plus grand nombre d'intervenants possibles⁵¹. C'est le plan stratégique qui guide l'application de la politique. Ainsi, un plan stratégique global, à volets multiples et centré sur la

prévention du VIH chez les UDI pourrait comprendre les composantes suivantes : des soins de santé primaires, des services d'éducation sur le sida, de la formation en dynamique de la vie, la distribution de préservatifs et la diffusion de renseignements sur les pratiques sexuelles sécuritaires, des services de counselling et de dépistage du VIH offerts sur une base volontaire et confidentielle, l'accès à des seringues/aiguilles stériles, de la formation sur les risques associés aux actions répressives à l'intention du personnel responsable de l'application de la loi, et l'orientation des UDI vers différentes options de traitement ou de soins de santé.

Les objectifs et les résultats attendus d'un plan stratégique devraient être réalisables, accessibles et d'un coût raisonnable. Les éléments de base d'un plan stratégique sont les suivants ⁵² :

- Énoncé de mission : politique ou philosophie d'ensemble qui sous-tend le projet/plan.
- Buts : effets attendus ou répercussions du projet/plan.
- Objectifs : résultats tangibles et mesurables des travaux.
- Stratégies : étapes requises pour atteindre les objectifs (quoi? comment? qui? quand? combien?).

Tel que l'indiquent les exemples présentés plus bas, les pays les plus pauvres, comme les plus riches, ont lancé des politiques et des programmes de réduction des méfaits. Peu importe leur richesse ou leur stade de développement, presque tous les pays ont rencontré une vive opposition à l'instauration et au maintien de projets portant sur la réduction des méfaits. Il est devenu de plus en plus difficile, par exemple en Australie, de trouver des endroits pour établir de nouveaux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PEAS) ou de traitement d'entretien à la méthadone. Dans de nombreuses régions des États-Unis, on s'est heurté à une résistance farouche face à l'établissement de PEAS. En outre, le financement fédéral de ces programmes a été interdit, malgré qu'il soit essentiel lorsque la prestation des programmes doit se faire en fonction de l'échelle de progression de l'infection à VIH chez les UDI. En conséquence, l'épidémie de VIH aux États-Unis continue de progresser chez les UDI, et, partant, de s'étendre aux autres groupes de population ⁵³.

À l'échelle internationale, les politiques et les programmes de réduction des méfaits ont reçu une aide accrue au cours des toutes dernières années. Plusieurs consultations et rapports récents ont appuyé les politiques et les programmes de prévention du VIH à l'intention des UDI, renforçant ainsi la crédibilité des stratégies de réduction des méfaits :

- Une position favorable à l'égard de la réduction des méfaits a été adoptée dans l'Annexe au Rapport (document conjoint de l'ONU sur la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogue) de la 8^e session du Sous-comité du CAC sur le contrôle international des drogues tenue les 28 et 29 septembre 2000.
- La *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* adoptée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations sur le VIH/sida, en juin 2001, réclamait l'application de mesures de réduction des méfaits.
- Le Asia Pacific Leadership Forum met actuellement en œuvre un programme pour améliorer, chez les principaux décideurs, les connaissances et la compréhension du VIH/sida et de ses répercussions sur les différents secteurs de la société.

- Les membres de la Communauté des États indépendants ont créé un programme régional afin de riposter d'urgence contre l'épidémie de VIH/sida. Ce programme a reçu l'appui des chefs des gouvernements en mai 2002.
- Des ressources additionnelles sont fournies par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, lequel a approuvé un financement initial de 616 millions de dollars US, dont près des deux tiers seront affectés à la lutte contre le sida. Il reste à savoir quel montant sera accordé à la réduction des méfaits.

Les exemples présentés ci-dessous illustrent certains des défis courants soulevés par l'élaboration de stratégies de réduction des méfaits, notamment les suivants :

Fondement juridique : Une stratégie nationale doit s'inscrire dans un cadre juridique suffisamment souple pour permettre une réponse globale.

Sensibilisation : Un faible degré de sensibilisation du public aux problèmes liés à l'utilisation de drogue et au VIH/sida, combiné à des connaissances inadéquates sur les méthodes de prévention, se traduit souvent par des préjugés à l'égard des utilisateurs de drogue. Il faut surmonter les malentendus et les stéréotypes face à des interventions préventives précises, comme l'échange de seringues. Il faut également promouvoir la compréhension de la consommation de drogue en tant que phénomène social et non purement médical, et parvenir à un consensus dans l'ensemble de la population, de même qu'au sein des professions, concernant la prévention du VIH/sida.

Approche multisectorielle : Tous les secteurs de la société doivent participer aux efforts de prévention de l'infection à VIH et du sida chez les utilisateurs de drogue. Une bonne collaboration est particulièrement importante entre les secteurs de la santé et de l'application de la loi.

Responsabilités au niveau local : Un nombre accru de responsabilités, sur le plan de la prise de décision et du financement, devraient être décentralisées et déléguées au niveau local.

Évaluation : Dans bien des cas et dans une large mesure, on ignore l'ampleur de l'utilisation des drogues et des comportements à risque associés au VIH/sida. Des recherches visant à évaluer et à suivre les changements dans les comportements à risque sont nécessaires, afin qu'au fil du temps, ces changements se reflètent dans la mise en œuvre de stratégies nationales.

On peut résumer les cinq objectifs principaux à atteindre pour surmonter les obstacles à la réduction des méfaits comme suit⁵⁴ :

- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie globale pour la défense des quartiers, des villes, des États, des provinces, des comtés et des régions.
- Atteindre et maintenir un degré de sensibilisation élevé aux questions touchant le VIH/sida et les UDI et assurer l'efficacité des mesures de prévention du VIH.
- Acquérir et mettre à jour les compétences requises.
- Étendre la gamme des traitements de désintoxication, tout en renforçant leur capacité et leur qualité.
- Définir clairement ce qu'est la réduction des méfaits.

Les agents de prévention ont cerné plusieurs stratégies permettant de franchir les obstacles à la prévention du VIH chez les UDI et de s'assurer un appui communautaire et politique⁵⁵ :

- Établir des alliances stratégiques.
- Donner un visage humain à l'injection de drogue.
- Déterminer les coûts et les avantages économiques des mesures de rechange pour lutter contre le VIH chez les utilisateurs de drogue.
- Élaborer et mettre en œuvre des programmes, des projets pilotes et des études en matière de réduction des méfaits.
- Accroître la capacité nationale.
- Documenter et diffuser des méthodes fondées sur les meilleures pratiques et établir des normes pour les programmes de réduction des méfaits et d'autres programmes de traitement.
- Cibler de petits groupes de population précis pour la défense des intérêts, notamment des politiciens, des fonctionnaires du ministère de la Santé, des voisins (personnes vivant à proximité de services de réduction des méfaits) et des policiers.
- Créer des outils de persuasion afin d'influencer les principaux acteurs.
- Échanger avec les médias.
- Mettre sur pied des activités de financement.
- Établir des réseaux locaux, régionaux et nationaux.

En théorie, le processus d'élaboration d'une stratégie pour la prévention du VIH chez les utilisateurs de drogue fait d'abord intervenir la recherche d'un consensus parmi les différents intervenants, puis l'établissement de structures de coopération et l'attribution des responsabilités et des fonds et, finalement, l'application de mesures destinées à accroître les compétences professionnelles et la capacité des services; en pratique, ces trois étapes sont souvent enclenchées simultanément. En particulier dans les pays où les épidémies de VIH locales se sont rapidement propagées, des activités de prévention ont été amorcées alors que la stratégie nationale était encore en préparation. En conséquence, dans certaines villes, le processus de mobilisation politique, l'établissement d'une stratégie et l'élaboration de politiques à l'échelon national ont lieu alors que des mesures de prévention du VIH sont déjà appliquées. Cela dit, l'absence de politiques nationales et d'une législation pertinente peut toutefois compromettre et retarder les interventions locales⁵⁶.

La gravité de la situation dans certains pays où la prévalence du VIH est élevée peut favoriser la mobilisation des efforts politiques et communautaires. Par ailleurs, dans les situations où la prévalence est élevée, on observe une persistance des taux d'incidence du VIH, mais il est toujours possible d'éviter une épidémie en ayant recours à des politiques et à des programmes appropriés, comme on a pu le constater dans des villes telles qu'Édimbourg et New York. Pour y parvenir, les politiques publiques doivent appuyer des interventions adéquates⁵⁷. Les données sur New York indiquent qu'un taux de participation directe de 50 % et plus aux programmes d'échange de seringues peut suffire, même si pour cela, une forme de distribution secondaire du matériel peut être nécessaire. De même, si l'on veut réduire considérablement les comportements à risque de transmission dans une population donnée, les taux de participation aux services de dépistage du VIH et de counselling chez les UDI séropositifs peuvent devoir atteindre 70 % et plus. Dans les milieux où la prévalence du VIH est élevée, il est tout particulièrement important d'assurer un champ d'intervention suffisant, l'accessibilité, la qualité, la coordination et la collaboration, ainsi que de réduire la stigmatisation et d'offrir des services et des programmes de prévention du VIH adaptés, tel qu'on le décrit plus haut.

Il faudrait également accorder un degré de priorité élevé aux traitements antirétroviraux, non seulement sur le plan des soins, mais aussi à titre de mesure de prévention, puisque ces traitements

réduisent les concentrations virales détectables et peuvent donc réduire le risque de transmission du VIH. De toute évidence, la prestation de services thérapeutiques devrait être une priorité dans les milieux où la prévalence est faible, comme dans ceux où elle est élevée : c'est une question de respect des bonnes pratiques en matière d'éthique, de soins et de prévention.

L'appel à la mobilisation politique dans le cadre d'initiatives de prévention de la transmission du VIH chez les UDI est une tâche beaucoup plus difficile dans les contextes où la prévalence est

Dans les pays où la prévalence est peu élevée, il tient du défi d'attirer l'attention sur le problème de l'infection à VIH chez les UDI, tout comme de parvenir à un consensus et d'obtenir le soutien nécessaire à l'égard des mesures de prévention qui s'imposent. Pourtant, c'est justement lorsque les taux de prévalence sont faibles qu'il convient de mettre sur pied des stratégies de réduction des méfaits.

faible. Dans les pays où la prévalence est peu élevée, il tient du défi d'attirer l'attention sur le problème de l'infection à VIH chez les UDI, tout comme de parvenir à un consensus et d'obtenir le soutien nécessaire à l'égard des mesures de prévention qui s'imposent. Pourtant, c'est justement lorsque les taux de prévalence sont faibles qu'il convient de mettre sur pied des stratégies de réduction des méfaits. À l'heure actuelle, certains des pays les plus peuplés (Chine, Inde, Bangladesh, Indonésie) signalent des taux de prévalence inférieurs à 1 %. En Chine et en Inde, peut-être même ailleurs, la prévalence globale peu élevée masque la présence de « sous-épidémies »

importantes. De même en Europe centrale et de l'Est, ainsi qu'en Asie centrale, la prévalence du VIH monte en flèche chez les UDI, alors que la prévalence globale demeure peu élevée. Plusieurs organisations œuvrant dans des pays où la prévalence du VIH est peu élevée (ONUSIDA, USAID, FHI, IMPACT) ont établi des lignes directrices en vue d'établir des stratégies de prévention efficaces dans les milieux où la prévalence est faible⁵⁸. Elles ont relevé certains des défis de taille auxquels ces pays sont confrontés lorsqu'ils doivent formuler, planifier et mettre en œuvre des politiques, de même que promouvoir des changements de comportement au niveau de l'individu :

- Sur le plan politique, une faible prévalence du VIH signifie habituellement que la prévention du VIH ne figurera pas au nombre des grandes priorités des gouvernements.
- Parfois, on s'appuie sur un taux de prévalence du VIH peu élevé pour conclure, à tort, que les comportements à risque ne sont pas pratiqués dans le pays.
- Sur le plan de la planification des mesures de prévention, une faible prévalence du VIH se traduit souvent par l'absence d'orientation de ces mesures; les sous-populations vulnérables peuvent être laissées pour compte en raison d'attitudes sociales négatives. Même en intervenant adéquatement, il est difficile de susciter des changements de comportement dans les milieux où la prévalence est peu élevée, puisque la population perçoit le risque comme étant faible.

Il est donc clair que l'étiquette « prévalence faible » pose problème et que des changements s'imposent; tous les pays ont affiché, à un moment ou à un autre, une prévalence peu élevée. Si la prévalence actuelle du VIH aide à planifier efficacement les initiatives de surveillance et de prévention, elle ne permet pas pour autant de prévoir ce qui adviendra de l'épidémie. Plusieurs facteurs déterminent si la prévalence du VIH dans un pays demeurera faible, soient :

- Les niveaux de risques et leur répartition au sein d'une population.
- La taille des sous-populations vulnérables.
- Le moment où surviennent les premiers cas d'infection à VIH dans les sous-populations vulnérables.

- Des cofacteurs épidémiologiques, tels que d'autres infections transmises sexuellement, la récurrence et la nature des comportements à risque, et la circoncision.
- L'efficacité des mesures de prévention et un champ d'intervention suffisant pour les populations vulnérables et à risque.
- Des changements dans les comportements.

La FHI et l'ONUSIDA font remarquer que, jusqu'à tout récemment, on ignorait que la conception des systèmes de surveillance du VIH devait être adaptée au stade d'évolution de l'épidémie. Dans les milieux où la prévalence est faible, il importe d'assurer une surveillance ciblée auprès des principaux sous-groupes de population présentant un niveau de risque accru, plutôt qu'un champ d'intervention s'étendant à la population en général. Cette recommandation découle du fait que l'on a observé que, dans les pays industrialisés et en développement, pratiquement toutes les épidémies de VIH ont débuté et pris racine dans une ou plusieurs sous-populations particulièrement vulnérables, avant de se propager dans l'ensemble de la population. Cette observation soulève plusieurs points ayant trait aux politiques et à la planification :

- Dans les pays où la prévalence est faible, la simple surveillance du VIH ne suffit pas.
- Les données sur les comportements sont une composante essentielle des initiatives de surveillance dans les pays où la prévalence est faible : ces données devraient être utilisées en vue d'une meilleure compréhension des structures de comportement et de la répartition des risques au sein de la population, puis appliquées à la conception, à l'orientation et à l'évaluation des activités de prévention.
- La modification des comportements est le tout premier système d'alerte dans les pays où la prévalence est faible.

L'expérience dans les régions où les taux de prévalence sont faibles a mené à l'élaboration d'une stratégie de prévention adaptée aux pays affichant de tels taux⁵⁹. Là où l'infection par le VIH ne représente pas encore un risque pour l'ensemble de la population, il faut prévoir des interventions ciblées et les mettre en œuvre en collaboration avec la collectivité concernée. Les principales étapes pour l'élaboration d'une stratégie efficace sont les suivantes :

- Déterminer la répartition des risques dans l'environnement local. Pour appliquer le concept de « prévention ciblée », il faut d'abord déterminer à l'échelle du pays, de l'État ou de la province, quelles sont les sous-populations identifiables, c'est-à-dire celles où les comportements à risque prédominent et qui sont plus vulnérables.
- Faire appel à la planification stratégique pour chacune des sous-populations visées.
- Faire valoir l'importance des ressources et de la participation.
- Amorcer, dès que les partenaires et les ressources ont été ciblés, des activités pilotes parallèles dans chacune des sous-populations visées, y compris dans les sous-populations moins à risque.
- Débuter avec les sous-populations les plus vulnérables et, une fois constatée l'efficacité d'une initiative de prévention, renforcer la capacité et étendre les activités de manière à assurer un rayon d'action efficace.
- Étendre progressivement les efforts de prévention vers les segments de population à faible risque/moins vulnérables, à mesure que les efforts de prévention parallèles dans les sous-populations plus vulnérables donnent de bons résultats.

- Allouer certaines ressources pour la gestion des risques plus disséminés, la résolution de problèmes liés à la stigmatisation et à la discrimination, et la promotion d'activités intégrées pour lutter contre le VIH/sida.
- Instaurer des programmes de surveillance et d'évaluation des changements de comportement dans les principales sous-populations.
- Travailler en collaboration étroite avec les principales sous-populations à risque/vulnérables.
- Créer un programme de gestion à long terme des risques et de la vulnérabilité.
- Commencer tôt et assurer des efforts constants.

Dans de nombreux cas, tel que l'indiquent les exemples présentés plus bas, la décision de mettre en œuvre des stratégies novatrices de prévention du VIH naît de considérations pragmatiques face à l'émergence d'une épidémie locale. Habituellement, une telle mise en œuvre est fonction de la disponibilité du financement externe. Bien souvent, le lancement de projets nécessite aussi la formation d'alliances entre les organismes internationaux et les gouvernements nationaux, les structures locales et les donateurs internationaux. Sur le plan de la compréhension et de la crédibilité des points de vue, les populations cibles nationales et régionales privilégient l'expérience locale à celle venant de l'extérieur de la région.

Au moment d'élaborer des politiques en matière de prévention du VIH/sida chez les utilisateurs de drogue par injection, il faut respecter certains principes essentiels touchant les droits de la personne⁶⁰ :

- Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint.
- Le droit à l'information et à l'éducation.
- Le droit au respect de sa vie privée.
- Le droit de bénéficier des progrès technologiques et de leurs bienfaits.

Une politique globale de réduction de la transmission du VIH chez les UDI doit intégrer toutes les composantes susmentionnées, tout en continuant de servir de complément aux politiques nationales en matière de VIH/sida et de drogues illicites⁶¹. Les politiques doivent s'inspirer de l'opinion des UDI et des ex-UDI et intégrer des initiatives de réduction de l'offre, de la demande et des méfaits.

L'expérience de l'établissement et de la gestion de programmes de réduction des méfaits dans de nombreux pays du monde confirme qu'il est primordial d'obtenir – et de conserver – l'appui des autorités et des collectivités locales.

La limitation de l'offre s'est avérée efficace en matière de réduction des méfaits, mais elle n'est possible qu'en présence de mesures valables de réduction de la demande. Les stratégies de prévention du VIH chez les UDI sont élaborées et mises en œuvre dans le contexte d'efforts visant à réduire l'utilisation des drogues, dont l'application de la loi, l'éducation et les traitements de désintoxication, tout en répondant aux autres besoins des UDI, par exemple en ce qui a trait aux soins primaires et aux droits de la personne. Des programmes d'éducation efficaces, en milieu scolaire ou non, peuvent, grâce à des démarches appropriées, réduire l'expérimentation des drogues, surtout chez les personnes les moins vulnérables ou les moins susceptibles de se tourner vers la consommation inquiétante ou néfaste de drogues. En même temps, ces programmes peuvent aussi faire en sorte que ceux qui expérimentent des drogues possèdent les connaissances leur permettant de prévenir de nombreux méfaits liés aux drogues, surtout l'exposition au VIH. Toute approche efficace en matière d'éducation doit s'inscrire dans une perspective à vie et s'attaquer à des questions plus vastes touchant les dimensions sociale et

économique, l'éducation, la législation et les politiques⁶². Les personnes les plus touchées par la pauvreté, une piètre santé, un manque d'instruction ou l'absence d'un emploi sont aussi celles qui sont les plus vulnérables à l'utilisation néfaste de drogues.

L'application de la loi est une composante essentielle d'une approche axée sur la réduction des méfaits. Les policiers et les douaniers peuvent continuer de cibler les trafiquants de drogues à grande échelle, tout en appliquant des mesures de santé publique à l'égard des utilisateurs de drogue. Les initiatives de prévention ont davantage de succès lorsque les lois et les pratiques policières facilitent le travail d'approche et la prestation de services auprès des UDI⁶³. Dans certains pays, notamment au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, les autorités policières s'emploient à la réduction des méfaits en orientant les utilisateurs de drogue vers des traitements et d'autres services, comme l'échange d'aiguilles (tel que décrit plus bas). L'expérience de l'établissement et de la gestion de programmes de réduction des méfaits dans de nombreux pays du monde confirme qu'il est primordial d'obtenir — et de conserver — l'appui des autorités et des collectivités locales⁶⁴. Des recherches ont révélé que de tels programmes ont plus de chances de fonctionner efficacement s'ils sont bien gérés, disposent d'un financement suffisant, obtiennent la collaboration des autorités policières, et s'ils sont jumelés à des services de santé et d'autres services sociaux⁶⁵. On a recours à des techniques multiples pour s'assurer que les collectivités locales acceptent les services du programme et, éventuellement, soutiennent les efforts déployés dans le cadre d'un tel programme⁶⁶. Toutefois, dans presque tous les pays, des obstacles de taille se dressent entre la mise en application de programmes de réduction des méfaits et les activités d'application de la loi axées sur la prévention de la vente et de l'achat de drogues et, dans certains cas, sur la possession et la consommation de stupéfiants. C'est là un aspect auquel la recherche accorde peu d'attention, malgré son importance flagrante. Quant aux recherches effectuées, elles laissent entendre que des activités policières hostiles peuvent avoir des effets dévastateurs sur la bonne marche des programmes. À titre d'exemple, un PEAS australien a fait état d'une diminution de plus de 40 % des contacts avec les clients, un mois après le lancement d'une opération policière soutenue visant les utilisateurs de drogue localisés en périphérie du site permanent du programme⁶⁷. Les programmes de réduction des méfaits peuvent avoir une grande influence sur le comportement des autorités policières à l'égard des UDI. Par exemple, dans le cadre d'un projet de défense des droits mis sur pied par le PEAS de la fondation SHAKTI, à Dhaka (Bangladesh), on distribuait à la police communautaire du matériel d'orientation faisant valoir les droits des UDI. Avant le projet, 84 % des clients du PEAS avaient été arrêtés par la police contre 12 % après que le projet ait été mis en œuvre; de même, la proportion des clients agressés par des policiers est passée de 56 à 30 %⁶⁸.

On accorde de plus en plus d'importance à des facteurs sociaux, tels que l'hébergement et l'emploi, qui ne sont habituellement pas du ressort des programmes de réduction des méfaits⁶⁹. Une étude menée auprès d'UDI montréalais ayant abandonné la pratique de l'injection (près de 20 % des 901 UDI participant à l'étude), a permis de relever les facteurs les plus déterminants dans l'abandon de cette pratique (qu'il s'agisse de délaisser cette pratique ou de cesser toute forme de consommation) : le fait que, d'une part, les utilisateurs soient convaincus de pouvoir changer leur comportement en évitant les pratiques à risque (p. ex. partage de seringues et relations sexuelles non protégées) et, d'autre part, qu'ils disposent d'un endroit stable où loger. La participation récente à un traitement pour dépendance à une drogue n'a pas été associée à l'abandon de l'injection⁷⁰. Pour s'attaquer efficacement au VIH, des services de soins et de soutien, mettant la collectivité à contribution, doivent être fournis aux UDI vivant avec le VIH et à leur famille. Les UDI doivent aussi avoir accès, moyennant des tarifs raisonnables, à des soins primaires en clinique et à domicile,

à des méthodes de prévention du VIH efficaces, à des services juridiques et sociaux essentiels, ainsi qu'à une aide psychosociale et à des services de counselling⁷¹.

Même si les programmes de réduction des méfaits sont souvent mis en place pour prévenir la transmission du VIH chez les UDI, ils occupent à présent un rôle de plus en plus important à l'égard des soins et du soutien apporté aux UDI vivant avec le VIH/sida. Dans des régions où une proportion considérable d'UDI sont séropositifs, les programmes de réduction des méfaits sont généralement les seules organisations vers lesquelles les UDI se tournent afin de recevoir des soins et de l'aide, que ce soit pour lutter contre l'infection à VIH ou d'autres maladies. Dans un examen global de la littérature sur les soins et le soutien dispensés aux UDI vivant avec le VIH/sida, Burrows suggère que le concept de soins continus, élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé et l'ONUSIDA (OMS, 1995) pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, soit adapté pour répondre aux besoins précis des UDI vivant avec le VIH/sida⁷². Ce concept de soins continus ferait intervenir des organismes sociaux et des établissements de soins de santé existants, de même qu'un ensemble de nouveaux services (qui seront peut-être offerts par des ONG) offrant une gamme complète de services de santé qui seraient tous coordonnés à partir de la planification des congés hospitaliers et des procédures d'aiguillage. Au nombre des organismes existants qui pourraient participer au processus de soins continus, on compte :

- Les centres de lutte contre le sida.
- Les hôpitaux spécialisés dans le traitement des maladies infectieuses, surtout les ailes réservées aux patients atteints du sida.
- Les centres hospitaliers, les polycliniques et les unités de soins ambulatoires.
- Les hôpitaux et dispensaires spécialisés dans le traitement de la dépendance aux narcotiques.
- Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, de services d'approche et d'éducation par les pairs.
- Les ONG qui se consacrent à la lutte contre le VIH/sida, en particulier les groupes de personnes vivant avec le VIH/sida.
- Les cliniques de traitement des infections transmises sexuellement.
- Les services sociaux (p. ex. pour la jeunesse).
- Les services ambulanciers.

Les descriptions qui suivent, classées par région et par pays, illustrent les meilleures pratiques en matière de politiques, de mobilisation et d'élaboration d'une stratégie nationale visant à réduire les méfaits, l'infection à VIH, le sida et le nombre d'UDI. Elles ont été choisies parce qu'elles montraient de quelles façons les principales caractéristiques des approches efficaces ont été incorporées à des politiques et à des stratégies à l'écoute des besoins d'une collectivité ou d'une culture donnée.

Europe centrale, Europe de l'Est et Asie centrale

Bélarus

Coordination nationale des mesures de prévention du VIH/sida⁷³.

Année de mise en œuvre : 1996

Personne-ressource : Valery Filonov, présidente de l'Interdepartmental Council on HIV and STI Prevention.

Adresse : Ministère de la Santé publique, 39, rue Maysnikov, Minsk, Bélarus
Téléphone : +375 17 222 6997 Télécopieur : +375 17 222 4627

Un comité de direction, formé de représentants occupant des postes de décideurs au sein des ministères de la Santé publique, de l'Éducation, de la Jeunesse et de la Culture, coordonne les activités du conseil interministériel. Le centre national de prévention du sida (National AIDS Prevention Centre) du Bélarus, en collaboration avec l'ONUSIDA, conçoit et organise des campagnes de sensibilisation, mène des évaluations rapides chez les utilisateurs de drogue, et veille à la formation des spécialistes des projets d'intervention. La promotion de la participation des ONG se fait par l'entremise de la stratégie nationale, mais le financement des activités de ces organisations provient surtout de donateurs internationaux.

Entre 1987 et la fin de 1995, 113 cas d'infection par le VIH ont été déclarés au Bélarus. En 1996, ce nombre a grimpé à 1 134 (la plupart des nouveaux cas d'infection provenaient de la population d'UDI de Svetlogorsk.) La ville a alors convoqué une réunion d'urgence, visant à déterminer des moyens de contenir l'épidémie de VIH, à laquelle ont participé des groupes locaux et nationaux, ainsi que des représentants de l'ONU. Au terme de la réunion, on a principalement convenu de mettre en place une stratégie de réduction des conséquences de l'utilisation non thérapeutique de drogue par les UDI, de concevoir un projet pilote pour Svetlogorsk et d'accroître de toute urgence la coopération entre les ministères et d'autres organismes, afin de s'attaquer aux questions soulevées par le VIH/sida à partir d'une démarche intersectorielle. Au début des années 90, la coopération interministérielle avait pavé la voie à l'adoption, en 1993, du premier plan d'intervention national visant à prévenir le sida. En 1996, le renforcement de la coopération était officiellement reconnu par la création de l'Interdepartmental Council on HIV and STI Prevention du Bélarus. Le conseil regroupe des représentants de treize ministères se réunissant tous les six mois. Il a pour mandat principal de coordonner la mise sur pied de la stratégie nationale de prévention du VIH/sida. Parmi ses autres fonctions, on compte : l'examen des tendances et des risques, la mise en œuvre de campagnes d'information publiques, l'amélioration de la protection sociale des personnes vivant avec le VIH/sida, et l'essor de la coopération internationale.

Des résultats préliminaires indiquent que l'approche a permis d'étendre la coopération entre les organisations, de renforcer les connaissances en matière de risque et de prévention, et de réduire la prévalence de l'infection à VIH chez les groupes ciblés.

Hongrie

Établissement, dans le cadre de la stratégie nationale, d'une approche axée sur la prévention du VIH/sida chez les utilisateurs de drogue par injection⁷⁴.

Année de mise en œuvre : 2000

Personne-ressource : Jozsef Racz, M.D., Budapest

Courriel : racj@mail.matav.hu

En juin 2000, au terme d'une vaste consultation auprès de professionnels, de la société civile et du clergé, le gouvernement hongrois a adopté sa première stratégie nationale antidrogue. La réduction des méfaits est l'un des principes directeurs de la stratégie, laquelle vise à élargir l'accès à des services d'approche et de traitement « à seuil peu élevé », dont l'échange d'aiguilles et le traitement d'entretien à la méthadone. Cette initiative a nécessité de longues discussions : la prévalence du VIH étant faible, beaucoup croyaient qu'aucune autre mesure ne s'imposait, malgré la pratique

largement répandue de comportements à risque chez les UDI. Récemment, on a constaté une hausse des taux d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les UDI, confirmant ainsi la nécessité d'une stratégie de réduction des méfaits.

La stratégie a contribué au soutien des quelques services destinés aux utilisateurs de drogue de la Hongrie. En outre, elle constitue un cadre pour gérer l'accroissement du nombre, de la capacité, de l'accessibilité et de l'efficacité de tels services. Elle stimule également la coopération entre les services de santé et d'application de la loi, et veille à ce qu'un nombre accru d'UDI ait accès à des traitements et à des soins. Deux facteurs principaux ont joué un rôle essentiel dans l'obtention de tout l'appui nécessaire pour intégrer les principes de la réduction des méfaits à la nouvelle stratégie : le soutien international et un large débat.

Kazakhstan

Élaboration d'une stratégie de prévention du HIV/AIDS dans un pays de l'Asie centrale : promotion d'une intervention multisectorielle efficace pour contrer le VIH/sida et l'utilisation de drogue dans la région de Karaganda et à l'échelle du pays.

Année de mise en œuvre : 1996

Personne-ressource : Alexander Kosshukin

Courriel : registry@un.almaty ou alexander.kosshukin@undp.org

Le projet est une initiative conjointe du gouvernement du Kazakhstan et des agences onusiennes. Il est mis sur pied par les centres de lutte contre le sida de la région de Karaganda et de la ville de Temirtau. Le financement du projet est assuré par le gouvernement, le PNUD, l'ONUSIDA, le PNUCID, le FNUP, l'UNESCO et l'organisation Karmet. Le projet vise à accroître les connaissances des dirigeants, des ONG et du public à l'égard de l'épidémie de VIH et de l'utilisation des drogues, ainsi qu'à renforcer la capacité d'intervention dans ces domaines. Le but ultime consiste à renverser l'évolution actuelle du VIH et de la consommation de drogue dans la ville pilote de Temirtau, puis à reproduire ce projet à l'échelle nationale.

En 1996, les taux d'infection à VIH étaient très bas, jusqu'à ce que l'on assiste à une flambée de cas d'infection à VIH dans la ville de Temirtau (petite agglomération érigée autour d'une unique entreprise qui accusait un ralentissement de ses activités depuis 1990) et les zones avoisinantes. Les conditions propices à la propagation du VIH étaient évidentes : bouleversements socio-économiques, désintégration des services de santé, refus d'admettre la présence de l'épidémie de VIH, augmentation en flèche des taux d'ITS, popularité grandissante de la pratique de l'injection de drogue, mesures répressives appliquées à l'endroit des travailleurs du sexe et des utilisateurs de drogue, absence d'engagement politique et de ressources financières. Parmi les principales activités entreprises pour s'attaquer à ces problèmes, on compte :

- l'augmentation des sources d'information, d'éducation et de communication;
- le renforcement des dispositions pour une intervention efficace;
- la surveillance, l'évaluation et la reproduction du projet à l'échelle nationale;
- l'examen des répercussions/résultats et des conclusions de l'évaluation;
- l'établissement d'une collaboration intersectorielle;
- l'amélioration du cadre législatif et réglementaire;
- l'accroissement des compétences des professionnels de la santé;

- la diffusion d'une quantité accrue de matériel d'éducation de qualité supérieure aux groupes visés et à la population en général;
- l'accès élargi des UDI aux services de santé.

Des études de surveillance indiquent que ces mesures ont ralenti considérablement la propagation du VIH chez les UDI de Temirtau. À présent, la principale tâche consiste à élargir le rayon d'action du projet, à assurer sa durabilité et à mettre en place des services de traitement de substitution. Les leçons tirées du projet pilote de Temirtau et leur vaste diffusion par le biais d'un bulletin sous-régional ont contribué à motiver les décideurs et les donateurs à renouveler l'expérience non seulement au Kazakhstan, mais aussi dans d'autres pays d'Asie centrale.

Pologne

Élargissement de l'accès au matériel d'injection stérile en tant que composante de la stratégie nationale de lutte contre la propagation des infections chez les utilisateurs de drogue par injection⁷⁵.

Année de mise en œuvre : 1989

Personnes-ressources : Zenon Kulka et Jacek Moskalewicz

Courriel : mosklaew@ipin.ede.pl

En Pologne, les problèmes sociaux engendrés par la consommation de drogue remontent à la fin des années 60. Plus tard, dans les années 70, l'introduction au pays du kompot (héroïne fabriquée en Pologne à partir de paille de pavot) a eu pour effet d'exacerber ces problèmes. Au début des années 80, la Pologne comptait un grand nombre d'UDI, mais il était difficile de s'y procurer du matériel d'injection stérile. Le premier cas d'infection à VIH chez un UDI a été signalé en 1988. La Pologne a alors été le premier pays de la région à établir une politique officielle globale à l'égard de la prévention du VIH chez les UDI, très peu de temps après le premier cas enregistré. Cette stratégie faisait intervenir plusieurs étapes :

- L'élaboration d'une politique globale visant à prévenir la propagation d'infections chez les UDI.
- La mise en application de la politique, y compris la création de programmes d'échange de seringues.
- L'évaluation de la stratégie, le repérage des obstacles et la proposition de changements.

On a constaté des taux d'infection à VIH inférieurs dans les régions où le taux de distribution de seringues était élevé, même lorsqu'on tenait compte du nombre d'utilisateurs. Toutefois, la stratégie est allée au-delà des résultats recherchés en montrant qu'il était possible, grâce à la distribution de matériel stérile, de prévenir la marginalisation des utilisateurs de drogue, de fournir des occasions de contacts directs et d'éducation et d'accroître les possibilités de traitement. Le succès relatif de la politique polonaise peut être attribué aux facteurs suivants :

- la décentralisation des interventions et du financement;
- la participation active des services de santé publique et des ONG;
- la coopération avec d'autres secteurs, tels que la police et les municipalités.

Ukraine

Mobilisation communautaire afin de prévenir l'infection à VIH et le sida chez les utilisateurs de drogue par injection⁷⁶.

Année de mise en œuvre : 1996

Personnes-ressources : Lidia Andrushchak, Lev Khodakevich et Yuri Kobyshcha

Courriel : landr@un.kiev.ua

En 1995, on décèle de multiples épidémies de VIH dans les régions situées au sud du pays et en Crimée; un an plus tard, on signalait des éclosions dans toutes les régions. À l'époque, la législation nationale représentait un défi de taille, puisqu'elle ne permettait pas aux programmes de s'attaquer efficacement à la propagation du VIH chez les UDI. En 1995, à la suite de la tenue d'un atelier visant à mettre en commun l'expérience internationale, on a amorcé un processus d'amendement de la législation, lequel s'est concrétisé en 1998. Cette démarche a créé des conditions favorables à l'établissement d'une stratégie de réduction des méfaits plus globale (voir aussi le Bélarus et le Brésil). Le financement de ces projets initiaux était assuré par l'Open Society Institute, l'ONUSIDA, le gouvernement allemand et d'autres sources.

En 1996, à Odessa, on a amorcé un projet pilote de prévention du VIH chez les UDI. Plus tard, on en a élargi le champ d'action du projet afin de lutter contre les épidémies sévissant dans d'autres parties du pays. En 1997, lors d'une réunion à laquelle participaient toutes les régions, on a discuté de stratégies visant à prévenir la propagation du VIH, puis on s'est prononcé en faveur de l'établissement d'une initiative de réduction des méfaits. Après cette réunion, six autres villes ont amorcé des projets de réduction des méfaits en collaboration avec des partenaires locaux. Ces projets ont rendu possible l'intégration d'une stratégie de réduction des méfaits aux plans locaux de prévention du sida. Les autorités policières sont des partenaires importants dans ce processus. L'ONUSIDA s'emploie, en collaboration avec le gouvernement et les ONG, à la défense des droits et à la diffusion d'information concernant l'expérience internationale, par exemple en matière de traitement de substitution. En 1997, on a instauré un programme de prévention de l'infection à VIH et du sida en milieu carcéral. Une des réussites de la stratégie est d'avoir permis d'aborder l'épidémie sous l'angle d'un problème social à multiples facettes; la réforme législative a été l'instigatrice de ce changement. À l'heure actuelle, on compte un réseau de services desservant 17 villes. Un champ d'intervention suffisant pour les populations et la durabilité des efforts investis sont au cœur des préoccupations face à l'avenir.

Kirghizistan⁷⁷

Le Kirghizistan deviendra sans doute la première des ex-républiques soviétiques à instaurer une gamme de services axés sur la réduction des méfaits, y compris le traitement d'entretien à la méthadone et l'échange d'aiguilles. La nécessité de ces services est accentuée par le fait que 99 % des 389 cas d'infection à VIH déclarées touchent des UDI. Il se pourrait que le Kirghizistan devienne l'un des rares pays à avoir intégré la réduction des méfaits à sa politique nationale assez tôt dans le processus de l'épidémie pour maintenir des taux de prévalence faibles. Le Kirghizistan a mené à bien des programmes pilotes d'échange d'aiguilles et de traitement de substitution, faisant du pays un modèle pour d'autres pays de la région et d'ailleurs. À l'aide du financement dans le cadre de la proposition récente d'un Fonds mondial et du soutien accordé par le Department for International Development du Royaume-Uni, ces programmes seront étendus à l'échelle du pays. Les dirigeants de Kirghiz se sont fixé comme objectif de desservir au moins 60 % de la population d'utilisateurs de drogue.

La création d'un comité multisectoriel formé de représentants de différents ministères a été l'une des premières mesures prises par le Kirghizistan pour modifier les politiques à l'égard du VIH et de l'utilisation de drogue. Une initiative d'éducation par les pairs a ensuite été appliquée en vue d'influencer les décideurs. Cette approche repose sur une évaluation des risques fondée sur des preuves. La décision d'étendre les programmes de réduction des méfaits résulte de la conjugaison d'efforts des ONG et d'une démarche gouvernementale descendante centralisée. Les organisations et les donateurs internationaux ont manifesté de l'intérêt pour le soutien des échanges Est-Est, par exemple avec des pays comme le Kirghizistan.

Europe de l'Ouest

Royaume-Uni

Intervention axée sur la prévention, à l'échelle locale et nationale, d'une épidémie de VIH/sida chez les utilisateurs de drogue par injection.

Année de mise en œuvre : 1985

L'approche du Royaume-Uni met l'accent sur une combinaison de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, de prescription de drogue — y compris de stimulants, de méthadone par voie orale et par injection, d'héroïne par injection et de « reefers » (pour ceux qui ont pu abandonner la pratique de l'injection, mais qui ne peuvent pas passer tout de suite à l'administration orale d'héroïne)⁷⁸ —, d'éducation et de sensibilisation, ainsi que sur la collaboration entre la police et les fournisseurs de soins de santé. Le modèle de réduction des méfaits de Mersey, dont il est question plus loin, est un exemple de l'application de cette approche. Depuis les années 20, au Royaume-Uni, les médecins sont légalement autorisés à prescrire toutes les drogues, à l'exception de l'opium. Cette décision découle de la conclusion d'une réunion d'un comité de médecins selon laquelle : « Lorsque... dans les situations où tous les efforts possibles déployés pour mettre un terme à la dépendance d'un patient s'avèrent être un échec, il peut... être justifié, dans certains cas, de prescrire, l'usage régulier de la dose minimale jugée nécessaire, que ce soit pour éviter des symptômes de sevrage sévères ou pour maintenir le patient dans un état lui permettant de mener une vie utile.⁷⁹ » Plus récemment, le British Advisory Council on the Misuse of Drugs a déclaré ce qui suit : « C'est sans hésiter que nous concluons que la propagation du VIH représente une menace plus grande pour les personnes et la santé publique que l'abus de drogue.⁸⁰ » Le conseil a recommandé aux services de soins pharmaceutiques de modifier leurs politiques afin de rejoindre le plus d'utilisateurs de drogue possibles, de façon à réduire au minimum les comportements à risque de transmission du VIH, de même que de procéder de manière à respecter la hiérarchie des objectifs visant la modification des comportements, soient l'abandon du partage du matériel d'injection, le suivi du passage à un mode de consommation autre que l'injection, la diminution de la consommation de drogue et, finalement, l'abstinence totale⁸¹.

Au Royaume-Uni, la région de Mersey occupe le deuxième rang du plus grand nombre de cas de dépendance déclarés parmi toutes les autorités sanitaires régionales du pays. Le modèle de réduction des méfaits de Mersey a pu être établi grâce à trois facteurs importants : le fait que les médecins soient habilités à prescrire des drogues (y compris de l'héroïne), l'établissement précoce de services d'échange de seringues et la coopération de la police locale. Le modèle est fondé sur le principe voulant que, même s'il est impossible de mettre un terme à la dépendance, on peut toujours

s'occuper des utilisateurs de drogue en fournissant à ceux qui sont inscrits des renseignements concernant les pratiques d'injection sécuritaires, du matériel d'injection, ainsi que des opiacés administrés par injection et d'autres drogues. Une majorité de clients reçoivent de la méthadone à administration orale, mais certains se voient prescrire de la méthadone ou de l'héroïne sous forme injectable, et quelques-uns, des stimulants, tels que des amphétamines ou de la cocaïne. On dispose de preuves selon lesquelles cette approche s'est révélée très efficace pour obtenir des taux d'infection à VIH extrêmement bas (inférieurs à 1 %) chez les UDI de Merseyside. On a également constaté une réduction importante du nombre de délits contre la propriété. En dépit du fait qu'aucun essai ni étude contrôlée n'ont été menés à Merseyside et que l'on estime que les données sont trop peu fiables pour appuyer l'établissement d'une politique dans d'autres pays, le modèle de Mersey a été appliqué avec succès dans de nombreuses parties du R.-U.. En outre, à l'échelle nationale, les taux moyens de prévalence du VIH chez les UDI ne sont que de 1 %.⁸²

Suisse

Élaboration d'une politique nationale de réduction des méfaits.

Année de mise en œuvre : 1992

En Suisse, l'approche de réduction des méfaits englobe les projets d'échange d'aiguilles et de seringues, les programmes d'entretien à la méthadone et à l'héroïne et l'établissement de zones de tolérance intérieures et extérieures. Jusqu'en 1992, année où le gouvernement national a pris en main certaines responsabilités, chaque canton était responsable des politiques et des programmes antidrogue. Les politiques antidrogue actuelles sont fondées sur la prévention de l'utilisation des drogues et des problèmes qui en découlent, les soins dispensés aux UDI, de même que le contrôle des crimes connexes, comme le trafic et le blanchiment d'argent. En 1997, le gouvernement a publié les résultats d'une expérience d'envergure nationale visant à déterminer si la prescription

Plus récemment, le British Advisory Council on the Misuse of Drugs a déclaré ce qui suit :
« C'est sans hésiter que nous concluons que la propagation du VIH représente une menace plus grande pour les personnes et la santé publique que l'abus de drogues. »

d'héroïne et d'autres drogues à des utilisateurs provenant de huit sites différents pouvait permettre de réduire la criminalité et le risque d'être infecté par le VIH ou de le transmettre⁸³. Au total, seize centres de traitement et 1 146 patients ont participé à l'étude, au terme de laquelle on a conclu que le traitement de substitution faisant appel à l'héroïne est utile pour les groupes désignés et peut être dispensé en toute sécurité. Étant donné des taux d'adhésion au traitement supérieurs à la moyenne, il est possible d'obtenir une amélioration marquée à l'égard de la santé et du mode de vie. Ces résultats persistent une fois le

traitement terminé. En outre, on a observé une diminution importante de l'utilisation de drogues illicites et des activités criminelles. Cependant, la contribution actuelle de l'héroïne à l'égard des résultats obtenus ne peut être déterminée en se fondant sur l'expérience de la Suisse, puisque cette drogue faisait partie d'un programme global intégrant également des composantes telles que des soins de santé, des traitements et un soutien social⁸⁴. (On s'attend à qu'il soit plus facile de répondre à cette question à partir des études menées aux Pays-Bas et dans d'autres pays.). Quoiqu'il en soit, à la suite du succès obtenu, le gouvernement suisse a élargi le champ d'action du programme de prescription d'héroïne.

Au sein des populations d'UDI, l'expansion des programmes de TEM, des campagnes d'information et des services d'échange d'aiguilles et de seringues (dont la distribution est assurée par les pharmacies, les distributeurs automatiques, ainsi que dans toutes les prisons) semblent

également avoir un impact positif sur les comportements à risque d'infection par le VIH. À Genève, depuis les huit dernières années, on a observé une diminution de l'incidence et de la prévalence de l'infection à VIH et des hépatites B et C chez les utilisateurs de drogue qui suivent un traitement d'entretien à la méthadone. Le taux de prévalence de l'infection à VIH chez les sujets ayant amorcé le traitement avant 1988 était de 38 %, en comparaison à 4,5 % chez ceux dont le traitement avait débuté après 1993⁸⁵. De même, durant la même période, les taux de prévalence du VHB et du VHC sont passés de 80,5 à 20,1 % et de 91,6 à 29,8 %, respectivement. Dans l'ensemble, les taux d'infection à VIH chez les UDI continuent de diminuer, et il est rare que de nouveaux UDI soient infectés par le VIH. L'incidence des nouveaux cas d'infection par le VIH chez les utilisateurs de drogue a considérablement diminué (elle est passée de plus de 60 %, en 1986, à 15 %, en 1997). À l'heure actuelle, le taux de prévalence chez ceux qui amorcent un traitement est inférieur à 2 %; toutefois, les choses pourraient changer étant donné « l'épidémie » de consommation de cocaïne par injection que connaît actuellement Genève. Par exemple, à la suite d'une diminution du nombre de personnes participant aux projets d'échange d'aiguilles au cours des 2 à 3 dernières années, on a noté, depuis 1999, une recrudescence de la fréquentation de ces services liée à une hausse rapide de la consommation de cocaïne par injection.

La première tentative de la Suisse pour établir une zone de tolérance à ciel ouvert à Zurich, « Needle Park », est devenue incontrôlable, car un grand nombre d'utilisateurs venant de l'extérieur de la ville et de l'extérieur du pays s'y rassemblaient. L'expérience s'est traduite par une hausse des méfaits liés aux drogues et par la fermeture de « Needle Park », en 1992. Plus récemment, des « salles de drogue » ont été établies dans plusieurs villes. Un an plus tard, une évaluation portant sur les trois premières salles ainsi créées a révélé qu'elles avaient efficacement réduit le risque d'infection à VIH et de surdose⁸⁶. D'autres évaluations en profondeur sont nécessaires avant que l'on puisse tirer des conclusions définitives sur l'efficacité de ces sites.

Pays-Bas

Adoption d'une approche à volets multiples visant à réduire les méfaits liés aux drogues.

Année de mise en œuvre : 1984

Les Pays-Bas ont été l'un des premiers pays à mettre en œuvre des programmes de réduction des méfaits, en reconnaissant que cette approche consiste à fournir des soins médicaux et des services sociaux de manière à éviter certaines des conséquences les plus néfastes liées à l'injection de drogue. L'approche néerlandaise est pragmatique et non moraliste. Elle englobe l'échange d'aiguilles, l'information et l'éducation, une application de la loi centrée sur les mesures de répressions à l'égard des trafiquants plutôt que vis-à-vis les utilisateurs, la prescription de méthadone, et une politique de tolérance de sites désignés. Les programmes d'échange d'aiguilles ont débuté en 1984 et ont été adoptés dans une large mesure. Les postes de police d'Amsterdam fournissent des aiguilles stériles en échanges d'aiguilles souillées : ces activités sont possibles parce que la police appuie l'approche de réduction des méfaits. Des organismes ont lancé des programmes de prescription de méthadone dans les années 70, puis ont étendu et libéralisé ces programmes au cours des années 1980, afin de s'attaquer à l'hépatite, au VIH, aux crimes et à d'autres méfaits liés à la drogue. Cette approche, axée sur « le programme à seuil peu élevé », a pour but d'établir un contact avec les utilisateurs d'héroïne et de régulariser ou de stabiliser la consommation d'héroïne⁸⁷. À Amsterdam, le projet « autobus de distribution de méthadone » est une approche novatrice : des cliniques mobiles parcourent la ville tous les jours et s'arrêtent en différents endroits pour distribuer des doses orales de méthadone, à consommer sur place, ainsi que des aiguilles stériles

et des préservatifs⁸⁸. Le service de santé municipal d'Amsterdam compte un petit nombre d'utilisateurs inscrits aux programmes de traitement à la méthadone ou à la morphine par injection⁸⁹. À Amsterdam, le nombre de personnes qui s'inscrivent aux programmes de désintoxication et de réintégration sociale a plus que doublé depuis le début du projet de l'« autobus de distribution de méthadone » et de l'échange d'aiguilles; une des raisons principales de ce succès est que les utilisateurs ne sont pas tenus de fournir des échantillons d'urine ni de rencontrer des conseillers.

À l'instar de la Suisse, les Pays-Bas ont acquis de l'expérience en matière de prescription d'héroïne. L'étude des Pays-Bas avait l'avantage de s'appuyer sur un essai randomisé, permettant ainsi d'obtenir des résultats fondés sur des preuves scientifiques solides. Cet essai, une étude multicentrique portant sur huit unités de traitement établies dans six villes, a débuté en 1998. Il comportait deux phases de validation visant à comparer l'efficacité de traitements faisant uniquement appel à l'administration de méthadone par rapport à ceux utilisant de la méthadone en association avec de l'héroïne. L'essai rassemblait 625 utilisateurs chroniques d'héroïne résistants aux traitements, qui se sont ensuite inscrits à des programmes d'entretien à la méthadone et auxquels on a offert de l'héroïne par injection ou par inhalation (en association avec de la méthadone sous forme orale), trois fois par jour, sept jours par semaine, pendant une période allant de six à douze mois. Peu de complications médicales ont été observées, et les participants à l'étude se sont conformés très aisément au régime thérapeutique et aux exigences de la recherche. L'essai a démontré les avantages de l'héroïne en tant que traitement de substitution⁹⁰. L'approche néerlandaise a réduit les risques et les méfaits tant pour les utilisateurs que pour la collectivité. La moyenne d'âge des utilisateurs de drogue est plus élevée et l'incidence de l'infection à VIH est en baisse depuis le milieu des années 80⁹¹.

Allemagne

Application à l'échelle nationale des changements apportés aux politiques locales.

Année de mise en œuvre : 1992

La plupart des grandes villes allemandes adhèrent à une politique de réduction des méfaits, laquelle englobe l'application de la loi, le traitement d'entretien à la méthadone, l'échange d'aiguilles et, depuis peu, l'établissement de « salles d'injection sécuritaires ». Plusieurs villes participent à des essais sur la prescription d'héroïne à des utilisateurs de drogue; les essais reçoivent l'appui de la majorité des chefs de police du pays⁹². La résolution de Francfort conclut que toutes les tentatives visant à éliminer la consommation de drogue ont échoué, que les poursuites criminelles devraient être dirigées vers le trafic des drogues illicites, et les politiques de réduction des méfaits, avoir pour but de permettre aux utilisateurs de drogue de vivre dans la dignité⁹³. À Hambourg, par exemple, les autorités locales ont adopté une politique de décriminalisation de fait à l'égard de la possession de petites quantités de cocaïne (jusqu'à 5 grammes) et d'héroïne (jusqu'à 1 gramme)⁹⁴. La réorientation politique en faveur de la réduction des méfaits se manifeste dans la collaboration entre la police, les représentants de la santé et les utilisateurs de drogue, laquelle vise à faciliter l'accès des utilisateurs aux services sociaux. Le premier essai pilote sur le traitement à la méthadone, portant sur cinq villes, a été lancé en 1987, pour s'étendre, ultérieurement, à trois autres villes. Une évaluation menée cinq ans plus tard a indiqué une baisse spectaculaire de la consommation d'héroïne (plus de 90 % des patients avaient abandonné la consommation illicite de narcotiques), une réduction de la prostitution, une diminution des décès et une amélioration de l'état de santé⁹⁵. Le traitement d'entretien à la méthadone s'est étendu à plus de 5 000 clients, et plus de 2 000 médecins ont reçu l'autorisation de prescrire de la méthadone⁹⁶.

Francfort offre un bon exemple d'une approche de réduction des méfaits globale⁹⁷. Depuis 1992, cette ville dispose d'un réseau de services accessibles aux utilisateurs de drogue, y compris des lieux de repos (le jour ou la nuit), des programmes d'échange d'aiguilles et des salles d'injection sécuritaires ou « salles sanitaires », où les utilisateurs d'héroïne peuvent s'injecter eux-mêmes de la drogue, dans un environnement propre et sans stress⁹⁸. À Francfort, tout comme à Amsterdam, des cliniques mobiles distribuent de la méthadone. En outre, la police, les dirigeants et les administrateurs de la ville, ainsi que des médecins collaborent par l'entremise de réunions hebdomadaires et, même si la police maintient toujours sa politique de répression à l'égard des trafiquants, une nouvelle politique de tolérance d'un lieu ouvert dans une zone bien définie de l'un des parcs est appliquée. Cette politique facilite l'accès à un plus grand nombre, relativement stable, de sites d'utilisation de drogue, permettant ainsi aux travailleurs sociaux et de la santé d'approcher les utilisateurs pour leur offrir d'autres services. Même si tous les problèmes n'ont pas été résolus, l'approche de Francfort a entraîné une réduction importante du nombre d'utilisateurs de drogue sans-abri, ainsi que de la criminalité, de la violence et des décès liés à la drogue⁹⁹. La prévalence et l'incidence du VIH ont chuté dans plusieurs villes depuis la mise en œuvre de mesures de réduction des méfaits¹⁰⁰. Par ailleurs, l'initiative a permis de remédier aux déséquilibres entre les mesures de répression et les mesures sanitaires et sociales, tout en améliorant la prestation et la prise en charge des services¹⁰¹.

Amérique latine

Brésil

Modification des lois en matière de drogues afin de garantir l'efficacité de la prévention du VIH/sida chez les utilisateurs de drogue

Année de mise en œuvre : 1989

Les lois brésiliennes en matière de drogues criminalisent tout programme d'aide lié aux drogues. En dépit de la loi et de la polémique gouvernementale concernant la politique en matière de drogues, la Brazilian Harm Reduction Association, avec l'appui du Latin American Harm Reduction Network, a pu rassembler du soutien pour la création de dispositions législatives permettant les mesures de réduction des méfaits :

- en sensibilisant la population et les politiciens à l'étendue du problème que représente la transmission du VIH liée à l'usage de drogue grâce à une utilisation efficace de données épidémiologiques irréfutables;
- en comprenant pleinement les lois existantes et en obtenant du soutien de la part de juristes influents;
- en faisant campagne pour la réduction des méfaits en tant que stratégie pour la santé publique;
- en déterminant des alliés potentiels qui pourraient influencer l'opinion publique, tels que les ONG consacrées au sida;
- en éduquant les décideurs et en exerçant des pressions sur ceux-ci.

En 1997, une loi légalisant les programmes de réduction des méfaits a été adoptée dans l'État de São Paulo : cet État est le seul à avoir signalé une réduction des cas de VIH/sida. L'élaboration d'un programme national de réduction des méfaits, subséquent aux premiers efforts pour mettre en œuvre des programmes de réduction des méfaits entrepris dans la ville de Santos en 1989, a rencontré de l'opposition en vertu du code pénal brésilien parce que certains fonctionnaires ont cru

que la réduction des méfaits encouragerait l'utilisation de drogue. En 1994, le conseil national en matière de drogues, un organisme du gouvernement fédéral, a toutefois autorisé la mise en œuvre d'un projet d'échange d'aiguilles, reconnaissant ainsi la nécessité de réduire l'incidence du VIH chez les UDI en adoptant une approche axée sur la santé publique. Le projet s'est étendu à 14 autres villes brésiliennes et, en 1995, a reçu l'approbation du conseil des États en matière de drogues. Parce que les décisions du conseil en matière de drogues ne font pas figure de lois, le personnel faisant partie du projet s'est vu menacé de contestations judiciaires et d'emprisonnement. Par conséquent, une proposition ayant pour but de changer la loi étatique a été déposée pour permettre au gouvernement de l'État de São Paulo de distribuer des aiguilles jetables. La commission de la justice et de la constitution et la commission de la santé ont tenu des audiences publiques – avec la participation d'intervenants sociaux, de juristes, d'experts en santé publique, de spécialistes de la réduction des méfaits et de conseillers de l'ONUSIDA – et il a fallu plusieurs débats avec les principaux dirigeants politiques pour vaincre l'opposition et obtenir l'approbation des nouvelles dispositions législatives. La nouvelle loi a donné lieu à l'établissement de 17 projets de réduction des méfaits dans l'État de São Paulo et à une proposition concernant l'élaboration de programmes d'échange d'aiguilles partout au pays.¹⁰²

Les stratégies visant à promouvoir l'acceptation de la réduction des méfaits par le gouvernement comprenaient sa sensibilisation à l'écart entre le coût des soins et celui de la prévention du VIH. Afin de contrecarrer l'opposition parlementaire, il a été souligné que la loi de 1976 en matière de stupéfiants avait été adoptée avant l'apparition du VIH/sida et que la réduction des méfaits a pour objectif la santé publique, ne porte pas atteinte à la loi en matière de stupéfiants et vise à changer le comportement des utilisateurs et non à promouvoir l'utilisation de drogue. En outre, la participation de la société civile, particulièrement celle des ONG, était cruciale pour attirer l'attention des médias sur la question et pour faire campagne afin que les organismes gouvernementaux en matière de santé et d'éducation mettent en place des mesures visant à faire en sorte que les droits des UDI soient respectés. Bien que la question de l'utilisation du préservatif soit difficile à aborder dans un pays catholique tel que le Brésil, il a été possible d'argumenter en faveur de l'échange d'aiguilles selon le principe chrétien visant la protection de la vie humaine. Les médias ont aussi joué un rôle positif en suscitant et en élargissant le débat concernant les nouvelles approches, y compris celle de réduction des méfaits.¹⁰³ Au Brésil, et dans le reste de l'Amérique latine, les efforts en vue d'établir des programmes de réduction des méfaits ont été grandement soutenus par les ONG qui ont formé la Latin American Harm Reduction Association (RELARD).

Cône Sud

Abus de drogues et prévention du VIH/sida dans les pays du Cône Sud.

Ce projet a été mené conjointement par l'ONUSIDA, par les programmes nationaux de prévention du sida en Argentine, au Chili, au Paraguay et en Uruguay ainsi que par une ONG de chacun des pays participants : Intercambios en Argentine, Programa Caleta Sur au Chili, Prever au Paraguay et IDES en Uruguay. Le projet, dont les activités ont été mises sur pied en 2000 grâce au soutien de l'ONUSIDA, est le premier projet technique mené en coopération entre l'ONUSIDA et le PNUCID dans la région. Il a pour but d'encourager l'accroissement de la portée des mesures visant à contrer les problèmes liés au VIH/sida et à l'utilisation de drogue dans les pays du Cône Sud. À cet égard, il finance une gamme d'activités liées à la prévention et aux soins pour les utilisateurs de drogue et les populations à risque; à la sensibilisation à la fois de la population en général et de groupes

particuliers; à la recherche dans les quatre pays selon une approche commune élaborée conjointement avec des institutions gouvernementales, des ONG, l'ONUSIDA et le PNUCID.

Les objectifs du projet consistent à :

- formuler une approche commune pour les pays du Cône Sud dans le but de faire face à l'épidémie de VIH/sida liée à l'utilisation de drogue;
- encourager l'accroissement de la portée des mesures pour contrer le problème grâce à la participation des organisations de la société civile et des organismes gouvernementaux, y compris les institutions gouvernementales qui s'occupent de la lutte contre le VIH/sida et les drogues;
- soutenir les activités déjà en cours en encourageant davantage les partenariats et la communication entre les institutions gouvernementales, les ONG et les organisations internationales afin d'aborder le problème d'un point de vue mondial, interdisciplinaire et intersectoriel.

*Asie et Pacifique*¹⁰⁴

Australie

Élaboration et mise en œuvre d'une vaste stratégie nationale pour la prévention du VIH/sida chez les utilisateurs de drogue par injection.

Année de mise en œuvre : 1985

L'Australie a mis peu de temps à réagir à la menace que représente le VIH/sida en revoyant ses politiques en matière de drogues. Les comités consultatifs nationaux et étatiques sur le sida et l'utilisation de drogue ont été créés tôt, et la priorité a été donnée à l'endigement du VIH et des autres méfaits liés aux drogues. En 1985, une approche de réduction des méfaits a été adoptée. Elle intégrait des programmes d'échange d'aiguilles, d'information et d'éducation sur les drogues ainsi que le développement de programmes d'entretien à la méthadone. Les critères d'admission de ces programmes ont été assouplis, permettant ainsi l'accueil de clients qui n'étaient pas motivés à changer leurs habitudes d'utilisation de drogue. L'efficacité des interventions australiennes a été grandement améliorée par une vaste stratégie nationale contre le VIH/sida, mise en œuvre en 1986. Cette dernière repose sur une consultation générale des personnes atteintes et affectées et de celles travaillant dans le domaine. Elle vise les personnes à haut risque d'infection en raison de leur comportement ou des circonstances sociales : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les utilisateurs de drogue par injection, les travailleurs du sexe et les personnes de divers milieux culturels et linguistiques. Cinq priorités ont été définies : l'éducation et la prévention, le traitement et les soins, la recherche, l'aide et la coopération internationales ainsi que les questions juridiques et éthiques.

La stratégie nationale de l'Australie souligne l'importance du soutien de l'environnement juridique national dans la réussite de projets. Un rapport daté de 1991 et produit par une commission d'enquête sur le VIH, les drogues illicites et la prostitution a conclu que, selon l'expérience internationale, les politiques d'interdiction sont inefficaces pour réduire l'approvisionnement en drogues ou leur utilisation et vont à l'encontre des politiques en matière de santé visant à prévenir la transmission du VIH.¹⁰⁵ Ce rapport, de pair avec le travail de l'Australian Drug Law Reform

Foundation (composée de parlementaires, de professionnels et de membres de la collectivité concernés par les préjudices causés par les drogues et les politiques en matière de drogues),¹⁰⁶ a incité à envisager des solutions afin de remplacer les politiques d'interdiction et d'abstinence.

Une des solutions envisagées a été la prescription d'héroïne; un essai a été conçu pour démontrer les avantages potentiels (réduction du nombre de crimes, baisse de la corruption, diminution de la propagation du VIH, amélioration de la santé et des habitudes de vie des utilisateurs) et les inconvénients possibles (matériel rejeté dans la rue, non-reconnaissance de la relation avec le crime – plusieurs utilisateurs fréquentent le milieu criminel avant d'avoir recours à l'héroïne – et non-considération des autres problèmes des utilisateurs de drogues) du contrôle de l'accessibilité des opiacés. Le comité a conclu que les avantages potentiels réduisent l'importance des risques et les surpassent : le projet a donc été approuvé en 1997. Toutefois, son acceptation coïncidait avec l'arrivée d'un nouveau gouvernement. Ainsi, en raison de pressions politiques internes et externes,¹⁰⁷ le cabinet fédéral a décidé de ne pas donner suite à l'essai. Actuellement, les premiers ministres de plusieurs États exercent des pressions pour la mise en œuvre d'essais concernant l'héroïne. À cause des mesures de réduction des méfaits adoptées, la prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogue en Australie est de moins de 5 %. Les efforts dans le but de réduire l'augmentation du nombre de crimes liés à la drogue et de décès par surdose se sont avérés moins fructueux, ce qui démontre que l'approche de réduction des méfaits pourrait être trop axée sur le VIH et négliger les autres méfaits. Les pressions sociales et politiques ont permis de combler cette lacune en entraînant l'ouverture d'une salle d'injection à titre d'essai à Sydney en 2002.

Asie

Une révision des mesures nationales de prévention du VIH/sida chez les utilisateurs de drogue dans les pays d'Asie mène à conclure qu'en général, peu d'exemples de meilleures pratiques peuvent être observés, bien que des pays tels que l'Indonésie semblent se diriger vers une politique de réduction des méfaits. Les politiques de la région peuvent être décrites comme punitives plutôt que comme favorisant la réduction des méfaits.¹⁰⁸ On peut cependant signaler un nombre appréciable de bonnes pratiques en ce qui concerne les programmes et l'établissement de réseaux (voir leur description dans les deux prochaines sections) ainsi qu'un exemple de bonne politique régionale à Manipur, en Inde (voir ci-dessous).

En avril 2003, à la 14^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues de Chiang Mai, en Thaïlande, Mukta Sharma a passé en revue les politiques de 11 pays d'Asie en se fondant sur de la documentation et des entrevues avec des témoins privilégiés.¹⁰⁹ La présentation a mis en évidence la nature dynamique des efforts en matière de réduction des méfaits dans la région. Toutefois, Sharma a dénoncé le fait que l'élaboration des politiques en matière de drogues reposait sur des mécanismes nébuleux, centrés sur des opinions personnelles, des croyances et des considérations morales, plutôt que sur des faits prouvés. Sans cadre global en matière de politique de prévention du VIH/sida pour guider l'élaboration des politiques et dans le contexte d'un système punitif, d'un dialogue restreint entre les organismes concernés et des connaissances limitées des décideurs sur les recherches, peu de stratégies nationales peuvent juguler l'infection à VIH chez les UDI. Dans ces pays, les utilisateurs de drogue sont toujours les grands absents lors des débats au sujet des politiques et des programmes.

Deux dichotomies sont évidentes. L'une s'observe entre les programmes liés aux UDI et ceux liés au VIH. L'autre se situe au niveau des politiques, entre le ministère de la Santé et celui de la Sécurité publique. Il est fréquent que les ministères de la Santé, ou leur équivalent, comprennent les stratégies de réduction des méfaits et en défendent les intérêts, mais ils disposent de moins de pouvoir que les ministères de la Sécurité publique, qui exercent un plus grand contrôle sur l'élaboration de la politique en matière de drogues. Nick Crofts, du Centre for Harm Reduction de Melbourne, en Australie, a cité la réponse qu'un bureaucrate malaisien lui a donné au cours des dernières années : « Les problèmes liés au VIH et aux UDI se résoudre mutuellement. »¹¹⁰

Le fait que dans la plupart des pays d'Asie les secteurs couverts par les ONG ne soient pas assez vastes pour pouvoir amener des changements et mettre en place en ensemble cohérent de politiques représente un problème. Durant les cinq dernières années, la politique s'est empirée au Vietnam et en Malaisie. Au Vietnam, qui a adopté une approche de réduction des méfaits en 1993, un ensemble de programmes efficaces ont été freinés par la campagne menée contre les « Grands maux de la société », soit l'utilisation de drogue par injection et le travail du sexe.¹¹¹ Des pays tels que l'Inde, l'Indonésie et la Chine laissent paraître des signes d'une plus grande coordination des mesures de la part du gouvernement. En Inde, ces changements résultent de l'âge de l'épidémie, des efforts de défense des intérêts de la part des ONG et des intervenants sociaux, des poursuites judiciaires et de pressions de la part de la Banque mondiale. L'État de Manipur reste le premier et le seul État de l'Inde, et le seul territoire en Asie, à avoir établi un énoncé de politique fondé sur la réduction des méfaits.¹¹² La politique, adoptée en 1996, consiste à :

- fournir de l'information exacte et une éducation adéquate concernant la prévention du VIH;
- faire appel à la participation volontaire des personnes atteintes du VIH/sida;
- respecter la confidentialité;
- respecter la vie privée, la dignité et les droits de la personne;
- éviter la discrimination et la stigmatisation;
- offrir des soins médicaux de qualité;
- offrir du soutien et des avantages sociaux aux personnes atteintes du VIH/sida;
- créer un environnement favorable pour que les personnes viennent volontairement passer les tests.

La politique appuie des mesures telles que les programmes d'entretien par des drogues de substitution, d'échange d'aiguilles et de désinfection.

L'Indonésie semble se diriger vers une politique nationale de réduction des méfaits, mais il est trop tôt pour savoir dans quelle mesure celle-ci sera acceptée. La réussite du mouvement pour la réduction des méfaits en Indonésie a été soulignée en février 2003, alors que le ministre de la Santé a annoncé que le gouvernement prioriserait maintenant la distribution de seringues stériles aux utilisateurs de drogue.¹¹³ Si on s'en tient aux taux d'infection à VIH chez les UDI allant de 48 % dans les centres de désintoxication à 93 % chez ceux qui entreprennent des séances de counselling à base volontaire à Kampung Bali, une telle initiative n'a que trop tardé. Les démarches qui ont conduit à ce changement de politique ont été menées pas le FHI, l'Aksi Stops AIDS et l'Indonesia HIV/AIDS Prevention and Care Project de AusAID (voir la section sur la formation pour de plus amples détails). Deux programmes pilotes d'échange de seringues sont prévus pour Kampung Bali et Bali, et un projet pilote de traitement à la méthadone devrait être mis en œuvre à Bali. Plus tôt au cours de l'année, l'Indonesian Harm Reduction Network a été formé (on peut communiquer avec ce

dernier par l'entremise de l'AHRN à l'adresse suivante : www.ahrn.net). Sa formation a été suivie du National Police Workshop on Harm Reduction et d'une rencontre de planification pour des ateliers de sensibilisation avec des représentants de la justice pénale du gouvernement.

4.3 Exemples de meilleures pratiques en matière de programmes

Une fois que les politiques et stratégies nationales visant à prévenir l'infection à VIH chez les utilisateurs de drogue ont été établies, les stratégies doivent être concrétisées sous la forme de programmes efficaces. Les possibilités d'intervention sont nombreuses et variées, allant de celles visant les comportements individuels à celles se concentrant sur les politiques et les lois nationales. La situation locale, y compris le contexte politique et social ainsi que le mode de propagation de l'infection à VIH/sida, détermine ce qui s'avère possible et rentable. Il est essentiel d'évaluer les besoins locaux pour assurer la pertinence de la stratégie et l'engagement des ressources. Les besoins en matière de programmes diffèrent en fonction de la prévalence du VIH et de son mode de propagation dans des populations telles que les UDI. L'établissement des priorités devrait tenir compte des éléments suivants (qui s'appliquent autant aux organismes qu'à la collectivité) :

- *Défense des intérêts* : Informer la collectivité, particulièrement les politiciens, les autorités policières, les chefs religieux et les autres décideurs, du besoin criant d'offrir des programmes spéciaux pour les UDI; présenter des preuves et des expériences relevées dans d'autres villes et pays pertinents, y compris au cours de voyages d'étude.
- *Évaluation et surveillance de la situation* : Effectuer une évaluation rapide ou une évaluation du contexte et des besoins locaux; mettre en place un système-sentinelles pour surveiller les comportements à risque ainsi que la prévalence et l'incidence du VIH chez les UDI.
- *Politiques et lois* : Effectuer une révision des lois et des règlements existants qui empêchent la mise en œuvre de stratégies de prévention du VIH; travailler en collaboration avec les autorités locales afin que les UDI aient un véritable accès aux moyens de réduction des risques.
- *Information et éducation* : Élaborer des programmes spéciaux d'information et d'éducation pour les UDI, les travailleurs du sexe et le reste de la population à risque; éduquer le public pour réduire les préjugés liés aux UDI; chercher des moyens de transformer les obstacles en occasions d'apprentissage.
- *Formation* : Former et soutenir (appuyer) les travailleurs d'approche et les autres intervenants qualifiés pour travailler auprès des UDI; offrir de la formation aux professionnels et aux travailleurs sociaux concernés.
- *Prestation des services* : Offrir un accès facile à du matériel d'injection stérile, à des préservatifs, à du counselling à titre volontaire et au dépistage du VIH, ainsi que des services de prévention et de traitement des ITS, y compris des traitements de substitution; élargir la gamme des services de désintoxication en offrant une grande variété d'options selon le type de drogue, le sexe de la personne et l'objectif du traitement; permettre l'accès au traitement du VIH/sida.

Les programmes efficaces se caractérisent par :

- Une mise en œuvre précoce. (Il est important que le programme débute le plus tôt possible ou quand la prévalence est inférieure à 5 %. Dans le cas où le VIH sévit déjà dans une collectivité, les programmes de prévention peuvent restreindre de façon considérable sa propagation.)
- Une vaste gamme de services bien coordonnés, faciles à utiliser et souples.

- Un accès facile à des préservatifs et à du matériel d'injection stérilisé.
- La participation de la collectivité à toutes les étapes.
- Le bilan, la surveillance et l'évaluation.
- Des limites géographiques et temporelles.
- La prise en considération du sexe et des ethnies.
- Le respect des droits de la personne.
- Un champ d'intervention suffisant et une bonne durabilité.
- Un bon environnement de soutien.

La viabilité et la durabilité des programmes se définissent en fonction de l'importance qu'occupent les mesures liées au VIH dans le cadre du développement national – ce qui ne dépend que du gouvernement.

La viabilité et la durabilité des programmes se définissent en fonction de l'importance qu'occupent les mesures liées au VIH dans le cadre du développement national – ce qui ne dépend que du gouvernement.¹¹⁴ Les programmes de réduction des méfaits efficaces reposent grandement sur l'appui et sur la participation de divers secteurs de la collectivité, allant des leaders gouvernementaux aux UDI. Sans l'appui et la participation de la collectivité, même les programmes les mieux conçus et les mieux financés auront de la difficulté à atteindre leurs objectifs réussite.

Des consultations régulières de la collectivité sont aussi de première importance pour la réussite des programmes de prévention du VIH visant les UDI. La mobilisation des ressources s'effectue plus efficacement quand :

- tous les intervenants principaux ont participé à une partie ou à l'ensemble des processus de recherche, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation;
- les déterminants majeurs de l'épidémie ont été définis;
- les priorités ont été déterminées et fixées d'un commun accord;
- les ressources limitées sont dirigées vers les plus grandes priorités et vers les stratégies et approches les plus rentables afin d'atteindre un but précis.¹¹⁵

L'approche la plus efficace doit intégrer dans l'intervention les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux et établir un lien avec les réseaux nationaux et régionaux pour du soutien et des conseils.

L'évaluation du mode de propagation du VIH aide à définir les groupes, les comportements et les sites d'intervention visés. L'approche la plus efficace doit intégrer dans l'intervention les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux et établir un lien avec les réseaux nationaux et régionaux pour du soutien et des conseils. Une pareille collaboration et un tel réseautage sont aussi cruciaux à l'obtention de l'un des éléments les plus essentiels de tous : le financement. Les composantes clés d'un

programme efficace de prévention du VIH chez les UDI sont les suivants :

- l'information, l'éducation et la communication;
- l'éducation par les pairs;
- la sensibilisation;
- les conseils visant la réduction des risques;
- le counselling et le dépistage du VIH à titre volontaire;
- les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, y compris la désinfection et l'élimination sûre;

- les services de désintoxication, y compris des programmes de pharmacothérapie de substitution;
- le traitement et les soins pour les personnes atteintes du VIH.

Les exemples des meilleures pratiques présentés dans ce document démontrent comment ces principes ont été mis en application. Les expériences des pays, particulièrement en Europe centrale, en Europe de l'Est et en Asie centrale, illustrent deux caractéristiques principales qui entrent en ligne de compte dans l'élaboration de services de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogue :

- Les services de désintoxication actuels ont pris conscience de la nécessité de venir en aide aux utilisateurs de drogue qui ne suivaient pas un traitement et d'offrir une gamme élargie de services, particulièrement en ce qui concerne la prévention de l'infection à VIH.
- Les ONG œuvrant à l'échelle de la collectivité se sont rendu compte, particulièrement en raison de l'absence ou du manque criant de services de désintoxication adéquats, qu'il fallait agir rapidement pour prévenir la propagation du VIH chez les utilisateurs et leur donner les moyens d'en restreindre la transmission. Ils se sont aussi rendu compte de la nécessité d'offrir des soins plus diversifiés aux utilisateurs de drogue et, dans la plupart des cas, ils ont établi des liens avec des organismes de santé, des organismes sociaux et des services de désintoxication, ainsi que des services d'orientation vers ceux-ci. Les services de traitement en question restent pour la plupart gravement sous-exploités.

Asie et Pacifique

Malaisie

Drug User Project, Ikhlas Community Centre, Pink Triangle

Année de mise en œuvre : 1991

Personne-ressource : Julian Jayaseelan, directeur exécutif

Courriel : isham@pc.jaring.my

Par la mise en œuvre de programmes destinés aux hommes homosexuels de Kuala Lumpur en 1987, Pink Triangle a été la première ONG en Malaisie à s'attaquer au niveau communautaire aux problèmes liés au VIH et à la sexualité. Au début des années 90, elle était bien établie grâce à ses programmes d'éducation sur le VIH et de soutien aux personnes atteintes, tels que le Positive Living. L'organisation est composée de 18 employés et de 100 bénévoles. Elle est financée par la Commission européenne et par le Malaysian AIDS Council. Les entreprises pharmaceutiques et les entreprises de soins de santé fournissent le matériel, et les hôtels, la nourriture. Le projet visant les

Cette expérience permet de tirer la conclusion suivante : le principe de mobilisation de la collectivité pour la prévention du VIH/sida et les soins aux personnes atteintes peut être appliqué avec succès dans un groupe habituellement perçu comme difficile d'approche. Il est aussi possible de déduire que les membres d'une collectivité marginalisée peuvent communiquer très efficacement avec ceux d'une autre collectivité encore plus marginalisée si la première a déjà été mobilisée.

utilisateurs de drogue aide les UDI d'une collectivité défavorisée de Kuala Lumpur en leur donnant de l'information sur le VIH et la réduction des méfaits, sur les soins et le soutien, y compris la médiation, la nutrition, l'hébergement et l'emploi, ainsi que sur la défense de leurs intérêts. Créé en 1991, il tient ses activités dans une halte-accueil située à l'intérieur d'un centre communautaire. Chaque mois, il établit des liens avec plus de 1 000 clients. Les faits démontrent que le projet a gagné la

confiance de la collectivité cible, rassemblé les ressources et accompli ses activités de défense des intérêts avec une grande efficacité.

Cette expérience permet de tirer la conclusion suivante : le principe de mobilisation de la collectivité pour la prévention du VIH/sida et les soins aux personnes atteintes peut être appliqué avec succès dans un groupe habituellement perçu comme difficile d'approche. Il est aussi possible de déduire que les membres d'une collectivité marginalisée peuvent communiquer très efficacement avec ceux d'une autre collectivité encore plus marginalisée si la première a déjà été mobilisée. D'autres conclusions concernent le besoin de centrer les programmes sur les clients et de porter à ceux-ci une attention réelle, l'importance du soutien par les pairs, le développement de bonnes relations de travail avec le gouvernement et les ONG, le besoin d'apprendre à maîtriser le stress, l'importance du recrutement de bénévoles et le besoin d'établir un dialogue avec les principaux membres de la police.

Bangladesh

CARE Bangladesh HIV Program

Année de mise en œuvre : 1995

Personne-ressource : Shami Rabbani, coordonnateur technique, IDU HIV Program

Courriel : rabbani@carefdo.dhaka.net

En juillet 1995, CARE Bangladesh a mis en œuvre son projet de prévention du VIH/sida, le SHAKTI (Stopping HIV/AIDS through knowledge and training initiative). Le SHAKTI a lancé des programmes d'intervention pour fournir de l'information et des services aux travailleurs du sexe, aux UDI, aux transsexuels, aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, aux personnes vivant avec le VIH/sida, aux camionneurs et aux tireurs de pousse-pousse afin d'améliorer leur santé et leur hygiène et de juguler la transmission du VIH par des pratiques sexuelles et des techniques d'injection à risques réduits. L'intervention Injecting Drug User est un programme de réduction des méfaits qui a pour objectif de ralentir la propagation du VIH et de réduire les effets néfastes de l'injection de drogue sur la santé.

Afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles des activités d'intervention visant le VIH/sida de CARE Bangladesh, trois projets ont été associés au programme HIV (SHAKTI, RASTTA BONDOR et Trafficking and HIV+). Vingt-deux employés et 60 bénévoles utilisateurs ou ex-utilisateurs de drogue par injection s'occupent du programme. Le financement est offert par le Department for International Development (DFID) du R.-U. et l'ONUSIDA. Environ 4 000 UDI et 2 000 fumeurs d'héroïne reçoivent de l'aide du Injecting Drug User Intervention on HIV Program qui offre des programmes d'échange d'aiguilles, des programmes de counselling, des programmes d'approche, des programmes itinérants, des moyens de protection des pratiques sexuelles, des services pour les utilisateurs de drogue par injection séropositifs, des services sociaux et médicaux pour les UDI, des services de protection des droits de la personne (défense des intérêts, protection et consultation), des conseils sur l'élaboration de politiques, des activités liées aux lois, à l'éthique et aux droits de la personne, ainsi que de la formation pour les politiciens, les jeunes, les UDI, les éducateurs de pairs et les distributeurs de drogue. Quatorze halte-accueils ont été établies dans cinq districts du Bangladesh. La proportion de seringues et d'aiguilles échangées est de 82 %. Chaque mois, 15 500 préservatifs sont distribués, 35 personnes atteintes de MTS sont rejointes et 250 abcès sont soignés. En tout, 500 éducateurs de pairs ont été formés, 150 UDI ont été désintoxiqués, trois

groupes d'entraide ont été formés. Actuellement, le programme compte 65 distributeurs de drogues (ou injecteurs professionnels).

Le DFID a évalué le IDU Intervention Program et en est venu aux conclusions suivantes :

- De toute évidence, les résultats de l'évaluation nous montrent que CARE Bangladesh a réduit considérablement le risque de contracter le VIH pour les UDI.
- Le programme a offert du soutien aux UDI dans des aspects importants de leur vie – des interventions de réduction des méfaits; de la compassion pour leur dépendance et pour le mal qu'elle leur cause et qu'elle cause à leur famille et à la collectivité; des moyens concrets pour les aider à changer les comportements qui les exposent au risque de contracter une infection à VIH (aide médicale, programmes d'éducation par les pairs, sensibilisation auprès des collectivités où ils travaillent); un endroit sûr pour qu'ils puissent commencer à réfléchir sur leur vie et se rendre compte que le changement est possible, qu'il soit petit ou plus grand qu'ils ne l'auraient rêvé.
- CARE Bangladesh commence à former des partenariats avec d'autres organisations, certains en vue d'offrir du soutien médical professionnel de même que du matériel médical et d'autres spécialisés dans la désintoxication et la dépendance.
- La participation d'utilisateurs ou d'ex-utilisateurs de drogue par injection est très précieuse pour ce projet. CARE Bangladesh semble avoir développé ce type de rigueur et une compréhension réelle des domaines dans lesquels elle travaille : elle tient une liste complète de tous les UDI des zones qu'elle dessert. CARE Bangladesh sait qu'elle ne peut se permettre de relâcher ses efforts.
- Le taux de prévalence du VIH signalé est encore relativement bas – 1,4 % (en 1999 et 2000) dans la population d'UDI. Le nombre d'UDI séropositifs rejoins par le programme est aussi faible.
- Le nombre d'utilisatrices de drogue participant au programme est faible, tout comme le nombre de femmes rejointes. Des interventions conçues spécifiquement pour les femmes doivent encore être étudiées en profondeur.
- La distribution d'aiguilles et de seringues est illégale au Bangladesh, et plusieurs pensent qu'elle encourage l'utilisation de drogue. CARE Bangladesh a aidé à créer un environnement qui permet l'échange d'aiguilles en raison des avantages qu'il représente pour la lutte contre la propagation du VIH, qui sont maintenant compris par certains hauts fonctionnaires et dirigeants communautaires.
- Dans la région, le travail de CARE Bangladesh est innovateur et devrait être partagé. Le modèle combinant des programmes de district, des travailleurs d'approche ainsi qu'un partenariat avec les ONG et le gouvernement offre un grand potentiel sur les plans de la durabilité et du partage des compétences.

Leçons :

- L'intégration de programmes communautaires de traitement de désintoxication peut jouer un rôle essentiel dans la réduction de la résistance envers les activités de réduction des méfaits;
- La participation d'utilisateurs ou d'ex-utilisateurs de drogue ajoute de la valeur au programme;
- La défense des intérêts à tous les niveaux est extrêmement importante pour le fonctionnement d'un programme d'échange d'aiguilles;

- La mobilisation de la collectivité grâce à des groupes d'entraide peut améliorer la qualité du programme.

Inde

Programme SHARAN, Delhi

Année de mise en œuvre : 1995

Personne-ressource : Luke Samson

Courriel : Lukesam@del2.vsnl.net.in

Un bon nombre de programmes de réduction des méfaits ont été établis avec succès en Inde et le long de la frontière adjacente au Bangladesh.¹¹⁶ Les rapports les concernant mettent l'accent sur

Le programme SHARAN se fonde sur la réduction des méfaits et la « réadaptation avant la désintoxication ». Voici donc la preuve qu'on peut établir un impressionnant programme de services intégrés dans un environnement très hostile à l'aide de ressources limitées.

l'importance, d'une part, de viser une approche de la collectivité au sens large avant de cibler les UDI et, d'autre part, d'inclure les chefs politiques, la police et les membres des groupes religieux. Ils soulignent aussi le besoin de s'adresser aux femmes et aux enfants des utilisateurs. À New Delhi, SHARAN offre des services aux défavorisés de la ville, y compris aux UDI. On y trouve un programme communautaire de services intégrés pour les UDI, qui comporte un volet prévention très

élaboré. Le programme SHARAN se fonde sur la réduction des méfaits et la « réadaptation avant la désintoxication ». Voici donc la preuve qu'on peut établir un impressionnant programme de services intégrés dans un environnement très hostile à l'aide de ressources limitées. Alors que les programmes de réduction des méfaits ne sont souvent pris en considération que pour leur capacité à prévenir l'infection à VIH, les plus efficaces veillent en outre à la prévention, aux soins, au soutien et, parfois, au traitement. Par exemple, le groupe de programmes SHARAN/Sahara s'efforce de répondre aux besoins des UDI séropositifs et séronégatifs des zones défavorisées de la ville. Par ailleurs, pour les utilisateurs de drogue des rues, les sans-abri ou les personnes risquant de le devenir, les travailleurs et les chômeurs, des services communautaires offrent du matériel d'injection stérile ainsi que des préservatifs et emploient des éducateurs de pairs qui parlent aux UDI des moyens de réduction des risques liés à l'injection et aux pratiques sexuelles.

Les utilisateurs de drogue sont invités à se présenter à la halte-accueil SHARAN où ils peuvent avoir accès à de l'éducation par les pairs, à du counselling psychologique, aux premiers soins et à des soins médicaux de base, à un service d'orientation vers la désintoxication, l'hébergement et d'autres services, à des consultations avant et après le test de dépistage du VIH, à un service d'échange d'aiguilles et de seringues et à des comprimés sublinguaux de buprénorphine (traitement de substitution) pour les personnes qui veulent abandonner la pratique de l'injection et mieux maîtriser leur utilisation de drogue. Le VIH peut être dépisté chez les utilisateurs de drogues par n'importe quel programme communautaire ou halte-accueil. S'ils travaillent pour le programme SHARAN/Sahara en tant qu'employée ou bénévoles, et si leur santé est vraiment en danger, les hommes séropositifs peuvent bénéficier d'un centre d'hébergement (qui accueille les utilisateurs et ex-utilisateurs de drogue) appelé le SHARAN Crisis Care Shelter. Ce centre d'hébergement offre de l'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida en crise. Il a été créé afin d'offrir 15 jours d'hébergement pour permettre de stabiliser l'état de santé de ses résidents, d'évaluer leurs besoins, puis, si nécessaire, de les orienter vers les services appropriés. Toutefois, un grand nombre d'entre eux ont été trop malades pour quitter les lieux, alors ils y sont demeurés plusieurs mois. En plus des

soins médicaux, le personnel du centre d'hébergement offre du soutien au moyen de séances de counselling, d'interaction, d'information et d'éducation. Quoiqu'ils puissent déménager à la Sahara House ou à la Michael's Care Home, la plupart des résidents retournent ensuite dans leur ancien environnement. Dans la mesure du possible, les hommes sont dirigés vers une forme quelconque de service de soutien, et un suivi est effectué.

Les utilisateurs et ex-utilisateurs de drogue se rencontrent aussi par l'entremise d'une organisation, Beyond Appearances, qui leur est spécifiquement destinée. Celle-ci leur offre la possibilité de communiquer entre eux au moyen d'un bulletin d'information et s'attaque à la discrimination chez les utilisateurs. Récemment, Beyond Appearances a mis sur pied un groupe de soutien consacré aux UDI séropositifs. Par ailleurs, un groupe de soutien à la famille informe les membres de la famille sur la dépendance, les méthodes de traitement, la rechute, les façons de venir en aide aux utilisateurs de drogues et ainsi de suite. Le groupe permet aux membres de la famille de s'entraider. Si les utilisateurs commencent une cure de désintoxication ailleurs qu'à la Sahara House, l'équipe SHARAN essaiera de garder leur trace et de leur rendre visite pour s'assurer qu'ils ne soient pas maltraités et pour les encourager à continuer à s'abstenir de consommer des drogues. Ceux qui entrent à la Sahara House y restent habituellement pour y suivre un traitement de trois à douze mois. Pendant leur séjour, ils reçoivent une formation professionnelle, souvent dans le but de travailler à l'expansion de l'organisation SHARAN/Sahara. S'ils sont malades (particulièrement s'ils sont atteints d'une affection liée au VIH), ils sont transférés à la Michael's Care Home (s'ils sont gravement malades, ils seront envoyés à l'hôpital ou à l'hospice). Ils peuvent revenir à la Sahara House lorsque leur santé s'est suffisamment rétablie. Les clients séropositifs et séronégatifs ne sont pas séparés, mais il existe maintenant un programme et des chambres à part pour les femmes et les enfants (car Sahara n'accepte que les hommes). Tous les organismes participent aux projets de recherche qui étudient les particularités de l'utilisation de drogue et de l'infection à VIH chez les UDI, évaluent les services et signalent les besoins des UDI et de leur famille en matière de soins et de soutien.¹¹⁷

Australie

Turning Point, Victoria

Année de mise en œuvre : 1995

Site Web: www.turningpoint.org.au

Turning Point est une organisation spécialisée en matière d'alcool et de drogues. Son approche est multidimensionnelle; elle intègre la prestation de services de traitement et de soutien à la recherche, à l'éducation et à la formation. La mission de Turning Point est de diriger et de soutenir la collectivité dans l'élaboration d'une politique et de programmes pour la prévention et la réduction des méfaits de l'alcool et des drogues. Son objectif consiste à élargir la gamme et à améliorer la qualité des services de traitement et de soutien pour les personnes affectées par la consommation d'alcool et de drogues, à accroître la capacité des professionnels à offrir des services aux alcooliques et aux utilisateurs de drogue ainsi qu'à soutenir l'élaboration de politiques et d'un système de services réalistes et efficaces.

Europe centrale, Europe de l'Est et Asie centrale

Bélarus

Recours à la participation des jeunes, des ONG et de la population cible pour la prévention du VIH/sida chez les UDI

Année de mise en œuvre : 1999

Personne-ressource : Roman Gailevich, directeur de projet, Minsk

Courriel : roman.gailevich@undp.org

Avant 1995, seulement huit cas d'infection à VIH chez les utilisateurs de drogue au Bélarus étaient connus. En décembre 1996, 973 nouveaux cas étaient signalés, la plupart lors d'un dépistage de masse à Svetlogorsk. Afin d'agir contre l'augmentation soudaine du nombre de nouveaux cas, l'ONUSIDA et l'OMS ont offert de l'aide au comité exécutif de la ville pour élaborer un projet pilote ayant pour objectif d'éviter une plus grande propagation du VIH chez les UDI. L'ONG Parents for the Future of Children a mis le projet en application à Svetlogorsk en 1997 et 1998. En 1999, dans le cadre d'un projet mis en œuvre par le National AIDS Centre et l'ONUSIDA dans le but de mobiliser et de former les fonctionnaires de l'État et les membres de l'administration des ONG, les activités de prévention chez les UDI se sont étendues à Minsk, Mogilev et Vitebsk. En janvier 2000, Soligorsk et Pinsk ont été ralliées. Le projet est administré par le bureau du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) au Bélarus et est mis en application par un consortium d'organisations gouvernementales et d'ONG provenant des six villes participantes : Minsk, Mogilev, Pinsk, Soligorsk, Svetlogorsk et Vitebsk. Il a reçu de l'aide financière de l'ONUSIDA, de l'International Harm Reduction Development Program de l'Open Society Institute (New York), du PNUD et de l'UNICEF. Toutes les autorités municipales offrent leur contribution en nature.

L'objectif principal du projet est de réduire la propagation de l'infection à VIH chez les UDI :

- en évaluant les tendances dans l'utilisation de drogue et en déterminant les pratiques à risque liées à l'injection et au comportement sexuel;
- en donnant aux utilisateurs de drogue de l'information au sujet du VIH et des ITS ainsi que sur la façon d'éviter la transmission du VIH, et en fournissant des seringues et des aiguilles stériles, du matériel de désinfection et des préservatifs;
- en arrivant à faire accepter politiquement et socialement une stratégie de réduction des conséquences de l'utilisation de drogue pour la santé et la société;
- en mettant en œuvre des activités de sensibilisation du public dans le but de prévenir l'utilisation de drogue et l'infection à VIH chez les jeunes;
- en préservant la durabilité des projets locaux.

Les activités suivantes sont mises en œuvre dans chaque ville : l'évaluation rapide du contexte lié à la drogue; la consultation d'experts locaux; les campagnes de sensibilisation locales s'adressant aux jeunes; l'élaboration et la publication de matériel d'information et d'éducation; l'ouverture de centres d'échange de seringues; la formation du personnel; l'organisation du travail sur le terrain pour procéder à la sensibilisation et à l'éducation par les pairs; le contrôle constant du projet et la surveillance épidémiologique. Les utilisateurs de drogue participent de manière active à l'élaboration du matériel d'information et d'éducation ainsi qu'aux activités d'approche par les pairs. Des équipes locales ont obtenu un soutien considérable des autorités municipales (par ex. la

gratuité des locaux, des services et des réparations ainsi que du service d'élimination des seringues utilisées). Le conseil local pour la prévention du VIH et des ITS – le principal organisme de réglementation et de prise de décision se penchant sur les questions liées au VIH/sida dans chaque ville – accorde son appui au projet. Les équipes faisant partie du projet ont établi des partenariats actifs avec d'autres organisations gouvernementales qui s'occupent de la prévention du VIH, des ITS et de l'abus de drogues ainsi que de questions touchant la jeunesse, et ont obtenu leur participation à l'élaboration du projet. Des services de prévention du VIH ont été mis en place dans chacune des six villes; leur travail est complété par celui des travailleurs d'approche et des bénévoles provenant de la population des UDI. Le projet rejoint entre 5 et 30 % du nombre estimé d'utilisateurs de drogue et atteint ainsi déjà le nombre de clients prévu dans quatre des six villes. Bien qu'elle s'avère nécessaire pour éviter de manière efficace que le VIH ne se propage davantage, une plus grande expansion n'est pas envisageable compte tenu des ressources accessibles.

Les études effectuées auprès des participants du programme indiquent qu'ils connaissent mieux les facteurs de risque et qu'ils ont réduit le nombre de leurs pratiques à risque liées à l'utilisation de drogue. En 1999 et 2000, 518 participants au programme provenant de quatre villes ont répondu anonymement à des questionnaires d'enquête. Une comparaison des résultats obtenus au début du projet et neuf mois après a indiqué que le pourcentage d'UDI connaissant les facteurs de risque liés au VIH et aux ITS avait augmenté, que le pourcentage d'UDI ayant utilisé la même seringue plus d'une fois avait baissé, tout comme le pourcentage d'UDI ayant utilisé la même seringue pendant plus d'un jour.

À Svetlogorsk, en 1997, avant que le programme de prévention ne débute, 92 % des personnes ayant répondu à l'enquête ont dit partager des seringues. En 1999, ce pourcentage avait baissé à 35 %. Alors que certains continuaient à réutiliser des seringues, la proportion de personnes qui les nettoyaient avant l'utilisation n'avait augmenté que de 55 %, ce qui ne représente que 16 % de plus qu'avant la campagne de prévention. Le projet de prévention comprenait aussi la distribution de préservatifs pour aider à réduire la transmission du VIH entre les utilisateurs de drogue et leurs partenaires sexuels. Les utilisateurs ont semblé profiter de cette occasion : en 1999, près des deux tiers ont dit parfois ou toujours utiliser des préservatifs, une proportion deux fois plus grande que deux ans auparavant. On a estimé que le programme, qui coûte environ 0,36 \$ US par seringue jetable distribuée, a permis d'éviter plus de 2 000 cas d'infection à VIH au cours de ses deux premières années d'activité, moyennant un coût d'environ 29 \$ US par infection évitée – ce qui est bien en dessous des coûts encourus par une famille ou par un système de santé pour un cas de sida. Comme à São Paulo, au Brésil, la campagne du Bélarus a été encouragée par une modification de la loi qui a rendu légale la possession de seringue. Sur tout le territoire de l'Europe centrale et de l'Est, les efforts visant à mettre sur pied des programmes de réduction des méfaits ont reçu le soutien du Central Eastern European Harm Reduction Network.

Les changements observés chez les UDI quant à l'adoption de comportements sans danger sont grandement tributaires de la prestation continue des services. Pour améliorer la durabilité des habitudes à risques réduits concernant l'utilisation de drogue et le comportement sexuel, il est nécessaire de fournir de l'éducation sur le VIH/sida, du matériel d'injection et des préservatifs pendant une longue période.

Les changements observés chez les UDI quant à l'adoption de comportements sans danger sont grandement tributaires de la prestation continue des services. Pour améliorer la durabilité des habitudes à risques réduits concernant l'utilisation de drogue et le comportement sexuel, il est nécessaire de fournir de l'éducation sur le VIH/sida, du matériel d'injection et des préservatifs pendant une longue période. Le fait que le

projet soit principalement mis en œuvre à l'aide de ressources internationales et que le financement ne soit pas garanti constitue un risque pour la durabilité du changement comportemental. Les conseils intersectoriels locaux appuient politiquement les projets et offrent diverses contributions en nature. Bien que la valeur financière de cet appui soit actuellement minimale comparativement aux dépenses, l'engagement politique de l'administration municipale est un facteur important qui pourrait contribuer à une éventuelle durabilité. Un accroissement de la contribution des ONG doit être priorisé. La durabilité financière de chaque projet local dépendra largement des capacités institutionnelles de ces dernières. Une formation en développement institutionnel et en gestion de projet est donc estimée comme essentielle pour les équipes des projets.

Leçons :

- L'évaluation des facteurs de risques locaux est essentielle à la planification des interventions. L'utilisation de drogue par injection est un phénomène récent au Bélarus, et la pratique semble s'être répandue en moins de trois ans. Toutefois, les taux de prévalence locale sont considérablement différents. Cet écart pourrait être lié aux différents moyens d'acheminer les drogues, de les vendre, de les préparer à l'utilisation et de les consommer.
- Une stratégie globale doit être élaborée pour la prévention du VIH/sida. Au Bélarus, la majorité des gens infectés par le VIH sont des jeunes ayant un court passé d'injection. Par conséquent, on juge qu'il est nécessaire d'intégrer la prévention du VIH/sida à des programmes de prévention primaire qui visent la mauvaise utilisation des drogues et à des services de prévention du VIH/sida pour les personnes qui pratiquent l'injection.
- Il y a lieu de former de nouveaux partenariats pour la prévention du VIH. Grâce au projet, les autorités locales ont appris à apprécier les avantages de la participation des ONG au travail entrepris auprès des groupes à risque et ont été initiées à une approche de réduction des méfaits.
- La grandeur de la ville et l'étendue géographique de la population cible doivent être prises en considération dans la planification des services. Dans une petite ville, la mise en œuvre d'un programme de prévention du VIH est facilitée parce que les autorités locales s'engagent davantage. Dans les grandes villes, des services itinérants sont un atout parce que les UDI ne se rendront pas à un centre à emplacement fixe s'il est éloigné. Du travail de sensibilisation et la participation d'éducateurs de pairs sont tous deux essentiels pour atteindre la population cible.
- La souplesse et l'attrait des services offerts par les ONG sont des atouts.
- Le nombre d'options de traitement doit être augmenté.
- La participation du groupe cible est essentielle.
- La surveillance continue des changements comportementaux chez les groupes cibles est importante.

Bulgarie

Sofia Needle Exchange Project: un travail d'approche pour la prévention du VIH/sida chez les UDI¹¹⁸

Année de mise en œuvre : 1998

Personne-ressource : Zahari Nikolov, directeur exécutif

Courriel : z Nikolov@online.bg/sofianep@online.bg

Au début des années 1990, la Bulgarie a connu une épidémie de consommation d'héroïne : en 1998, on a estimé à 70 % le pourcentage d'utilisateurs réguliers qui s'injectaient la drogue. Alors que la prévalence de l'infection à VIH chez les UDI reste faible, celle de l'hépatite C est de 50 %. Le

projet est mis en œuvre par la Initiative for Health Foundation, une ONG dont les activités visent les utilisateurs de drogue par injection. L'OSI, le PNUD, l'ONUSIDA, l'Integrative Drogenhilfe (Allemagne) et la Chicago Recovery Alliance ont financé le projet. Les objectifs du projet sont d'atteindre dans leur propre environnement les utilisateurs de drogues non traités, de réduire le risque d'infection à VIH et d'hépatite et d'autres effets indésirables sur la santé, d'aider les utilisateurs à obtenir l'accès au traitement et aux services, d'atteindre la minorité rom, d'encourager les UDI à consulter et à passer les tests de dépistage et d'évaluer l'incidence du VIH chez le groupe cible. Ces activités ont débuté en 1999. Les interventions d'approche itinérantes, en minibus ou à pied, constituent la principale activité du projet. Les travailleurs d'approche distribuent du matériel d'éducation, des préservatifs ainsi que du matériel d'injection stérile (ils recueillent aussi le matériel ayant déjà servi) et parlent aux utilisateurs des pratiques sexuelles et de l'utilisation de drogue sans risque tout en les dirigeant vers des services de désintoxication, de traitement médical, de counselling et de dépistage de l'hépatite et du VIH.

Au cours des 18 premiers mois du programme, les travailleurs ont établi de nouveaux liens avec plus de 1 300 UDI (environ 15 à 20 % des UDI de Sofia). Ils ont ainsi dirigé 730 personnes vers des centres de désintoxication. Vingt nouveaux membres du personnel ainsi que le même nombre de bénévoles ont été formés pour quatre nouveaux projets ayant lieu dans d'autres villes. Dix membres du personnel du service local de désintoxication ont reçu une formation intensive, et 200 policiers de rue ont suivi des séminaires de formation à propos du projet. Une évaluation interne des 18 premiers mois du projet a révélé une réduction du nombre de pratiques à risque, une connaissance accrue des moyens de réduction des risques, une baisse du nombre de pratiques sexuelles à risque et une augmentation de la demande de préservatifs et de leur utilisation. Comme dans plusieurs pays, une modification des lois était indispensable à la réussite de la stratégie. La nouvelle loi de 1999 en matière de drogues a rendu légal l'échange de seringues. La confiance envers les utilisateurs de drogue par injection, leur respect et la confidentialité des renseignements les concernant constituent un autre élément fondamental de l'approche. La création de liens avec d'autres organismes a été décisive, tout comme l'établissement de bonnes relations de travail avec la police et les autres partenaires.

Lituanie

Élaboration de traitements de substitution en tant que composantes de services de traitement intégrés

Année de mise en œuvre : 1995 (Vilnius) et 1998 (Druskininkai)

Personne-ressource, Vilnius : Emilis Subata

Courriel : emilissubata@takas.lt

Site Web : www.lppa.lt

Personne-ressource, Druskininkai : Elena Bykova

Courriel : elena.bykova@is.lt

Le programme de Vilnius est mis en œuvre par le Vilnius Substance Abuse Treatment Centre et trois centres de soins de santé primaires. Le programme de Druskininkai est mis en œuvre par le centre local de soins de santé, la municipalité et l'ONG Deliverance. Les programmes sont financés par l'État et par le International Harm Reduction Development Program de l'OSI. L'OSI de Lituanie offre au programme la formation de son personnel, des services de défense des intérêts, du soutien financier ainsi qu'un réseau de contacts.

Les objectifs du projet consistent à :

- améliorer l'accessibilité des soins de santé et des services sociaux pour les UDI;
- établir des liens avec un nombre accru d'UDI et leur donner de l'information sur la protection de leur santé;
- accroître l'accessibilité des préservatifs et du matériel d'injection stérile;
- réduire les préjugés liés à l'utilisation de drogue par injection;
- servir de projet de démonstration pour d'autres programmes, soutenir de nouveaux programmes de traitement de substitution et servir de base à l'enseignement.

Bien que la prévalence du VIH chez les UDI est toujours faible, elle a connu une hausse constante depuis 1997. Les programmes ont été établis conséquemment à des voyages d'étude d'experts lituaniens à Londres et à Amsterdam en 1995. Le ministère de la Santé a organisé la formation du personnel en Suède et a élaboré les premières lignes directrices en 1995. Le traitement de substitution a été permis sur une base expérimentale dans trois centres spécialisés en matière de narcotiques. C'est ainsi que sont nés les premiers traitements de la sorte dans l'ancienne République soviétique. Le programme Druskininkai a été mis en œuvre en 1997 à la demande de familles d'UDI.

En plus du traitement à la méthadone, les centres offrent des soins de santé généraux, le dépistage gratuit du VIH et un soutien financier. Un programme d'approche et d'échange d'aiguilles qui emploie des éducateurs de pairs a été établi à Vilnius en 1997. Les programmes de traitement de substitution ont formé plusieurs partenariats et alliances aux niveaux national et local. Le secteur d'application de la loi participe de plus en plus à la défense de la définition élargie du traitement de substitution comme un moyen de réduire les comportements criminels et la demande. En 1999, 411 clients étaient en traitement et environ 700 UDI étaient rejoints par les services d'approche à Vilnius (à peu près un tiers des utilisateurs signalés). Le programme a aussi pu offrir des services à une collectivité rom par l'intermédiaire d'un omnipraticien expérimenté. À la fin de 1999, la prévalence du VIH chez les UDI était de 2,4 %; aucun cas n'était signalé dans la collectivité rom. On tente actuellement d'augmenter le nombre de clients en traitement en décentralisant davantage les services.

Leçons :

- Les traitements de substitution et les services d'approche pour l'échange d'aiguilles ont augmenté le nombre d'UDI rejoints;
- Les centres de soins de santé primaires offrent un service sans stigmatisation pour le traitement des UDI;
- La compassion et la compréhension envers les UDI de la part du personnel, auparavant formé selon une approche plutôt punitive, ont été accrues par l'introduction de nouvelles approches.

Fédération de Russie

À la rencontre des utilisateurs de drogue grâce à des services itinérants pour la prévention du VIH

Année de mise en œuvre : 2000

Personne-ressource, Médecins du Monde : Alexander Tsekhanovich, Saint-Pétersbourg

Courriel : mdmspb@mail.wplus.net

Personne-ressource, Voзрастcheniye : Dimitri Ostrovski

Courriel : ostrov@mail.wplus.net

Site Web : www.wplus.net/pp/ostrov

De janvier 1997 à mai 1999, un projet d'approche en autobus a été mené par Médecins du Monde et une ONG russe. Après la destruction de l'autobus par un incendie criminel en mai 1999, les deux organisations ont continué leur travail de façon indépendante. Médecins du Monde utilise maintenant un nouvel autobus qui sera pris en charge par une ONG locale. Le projet a été financé par la Commission européenne, Médecins du Monde, l'OSI et le fonds Know-How du R.-U.. Les objectifs du projet sont de :

- modifier les comportements à risque des UDI;
- créer un réseau d'éducateurs de pairs;
- faire pression pour que les mesures de prévention du VIH soit acceptées par les autorités municipales et soutenir l'introduction de programmes adéquats;
- modifier l'attitude des professionnels de la santé envers les UDI.

Le travail de sensibilisation est effectué dans six endroits de la ville au moyen d'un autobus. Chaque semaine, l'autobus se rend deux fois à chaque endroit afin de permettre aux utilisateurs de rester en contact avec l'équipe et d'obtenir un approvisionnement suffisant de seringues propres. L'équipe est composée de deux médecins, d'une infirmière, d'un psychologue et de cinq travailleurs sociaux. Les services offerts comprennent du matériel d'information et d'éducation au sujet de la prévention du VIH et des ITS, une approche d'éducation par les pairs pour les UDI et les travailleurs du sexe, la distribution de matériel d'injection stérile, de matériel de désinfection et de préservatifs, des soins médicaux, des services de consultation psychologique et d'orientation vers des services médicaux, des consultations avant et après le test de dépistage de même que le dépistage volontaire pour le VIH, l'hépatite et les ITS. Parmi les autres activités, on compte des études sur les comportements à risque, de la formation pour les professionnels de la santé, la création d'un réseau municipal de spécialistes russes, un programme de prévention pour les écoles, un groupe d'entraide pour les personnes atteintes du VIH et du travail de sensibilisation auprès de la police. De janvier à septembre 2000, plus de 125 000 seringues et 50 000 préservatifs ont été distribués. De plus, environ 1 700 clients ont subi des tests de dépistage du VIH et des ITS. Les taux d'hépatite C et de VIH sont respectivement de 75 % et de 24 %. Le personnel du projet offre de la formation au personnel local et aux experts provenant d'autres villes de Russie. Certains membres du personnel ont entrepris une formation à long terme sur les soins aux personnes atteintes du VIH à Paris. Des représentants d'un grand nombre de villes ont créé une ONG, Doctors—New Initiatives, pour faciliter l'échange d'expériences et augmenter la durabilité de l'approche.

Leçons :

- La coopération avec les autorités est un prérequis à la réussite de la mise en œuvre d'une nouvelle approche de prévention du VIH et des ITS.
- La cause doit être continuellement défendue auprès des professionnels de la santé, des médias et des membres de l'administration municipale.
- L'établissement de liens avec les structures publiques de soins de santé augmente le nombre d'options de traitement pour les clients et représente un autre moyen de changer l'opinion publique.

Ukraine

Mouvement populaire « Faith, Hope, Love », Odessa

Année de mise en œuvre : 1996

Personnes-ressources : Kostyik Olga, Tatiana Semikop

Courriel : semikop@te.net.ua

Le mouvement « Faith, Hope, Love » a été organisé par un groupe qui comprenait des spécialistes en soins de la santé, des avocats, des représentants de l'armée, des scientifiques et des bénévoles. Le groupe a commencé à travailler à Odessa en juin 1996 en effectuant la prévention du VIH chez les UDI selon une stratégie de réduction des méfaits. Le mouvement a été enregistré par l'administration de la justice régionale d'Odessa et compte maintenant 120 particuliers et quatre organismes parmi ses membres. Les objectifs du mouvement sont d'offrir de l'aide et du soutien aux groupes vulnérables, de promouvoir une attitude de tolérance envers les groupes marginalisés de la société, de promouvoir des modes de vie sains et de mettre en œuvre de nouvelles méthodes pour prévenir les phénomènes sociaux négatifs. Ses principales activités sont :

- La prévention du VIH/sida chez les groupes vulnérables, la formation de spécialistes et de bénévoles pour l'élaboration et la mise en œuvre de mesures préventives chez ces mêmes groupes;
- Le développement social de groupes vulnérables au VIH;
- Des activités éducatives concernant l'utilisation de drogue, le VIH/sida et les autres ITS ainsi que la prévention des grossesses non désirées chez les jeunes;
- La prévention du trafic d'êtres humains et la réinsertion des femmes déportées;
- La prévention du VIH/sida, des ITS et des grossesses non désirées chez les réfugiés;
- L'organisation de mesures d'aide concrètes pour les enfants de la rue.

Avec l'aide du soutien consultatif, financier et humanitaire d'organisations internationales telles que l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'USAID, la Counterpart International et la Elton John Foundation, le mouvement met en œuvre les projets suivants :

- La prévention du VIH/sida chez les UDI, les travailleurs du sexe, les femmes incarcérées et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH);
- Un centre international de formation;
- La vulgarisation de la Convention relative aux droits de l'enfant dans les écoles;
- De l'aide pour les enfants de la rue d'Odessa;
- Un service d'écoute téléphonique;
- Des soins pour la santé génésique des réfugiés;
- Une formation éducative sur la santé génésique pour les enfants délinquants.

Kirghizistan¹¹⁹

Le Kirghizistan a mené à bien un projet d'échange d'aiguilles, y compris dans les prisons, et de traitement de substitution. Deux des sept provinces du pays disposent de programmes d'échange d'aiguilles et de traitement d'entretien à la méthadone. Grâce au financement provenant d'une proposition de fonds mondial récemment approuvée et du Department for International Development du R.-U., la portée des programmes pourra s'étendre à l'échelle nationale. Les fonctionnaires du Kirghizistan ont pour objectif de fournir des services de réduction des méfaits à

au moins 60 % des utilisateurs de drogue. L'échange d'aiguilles dans les prisons est déjà répandu dans tout le pays.

Europe de l'Ouest

Allemagne

Salle d'injection, services liés aux drogues de la ville de Francfort : Konsumraum Niddastrasse

Personne-ressource : Josch Steinmetz

Courriel : j.steinmetz@idh-frankfurt.de

Au cours des années 90, l'ouverture de lieux d'injection sécuritaires a constitué un élément de l'approche intégrée de réduction des méfaits présentée par Francfort (et décrite dans la section précédente). Il s'agit de salles propres et supervisées par un personnel médical. Les UDI peuvent s'y injecter de la drogue à l'aide de matériel stérile fourni. Ils doivent se procurer eux-mêmes leur propre drogue. La plupart des UDI consomment de l'héroïne, mais de plus en plus de la cocaïne et d'autres stimulants. Au besoin, ils peuvent obtenir de l'aide afin d'effectuer une injection sans risque. Des expériences antérieures dans de telles salles montrent qu'elles réduisent le nombre de surdoses et d'autres problèmes médicaux et qu'elles aident à juguler la propagation du VIH et de l'hépatite C. Cependant, une évaluation systématique s'avère nécessaire.

Amérique latine et Caraïbes

Argentine

Programme de réduction des méfaits de Rosario

Année de mise en œuvre : 1994

Personne-ressource : Silvia Inchaurreaga

Courriel : sinchaurreaga@sedes.unr.edu.ar

Les interventions de réduction des méfaits ont commencé à Rosario et à Buenos Aires au début des années 90. En 1994, le centre des études supérieures sur l'utilisation de drogue et le sida de l'Université nationale de Rosario a élaboré le programme de réduction des méfaits de Rosario. Le programme comprenait des critères d'admission libéraux pour le matériel de désinfection et les ateliers sur la réduction des méfaits offerts à l'hôpital municipal pour la santé mentale. En 1998, un programme pilote de substitution a été ajouté et – grâce à un travail de défense des intérêts – a reçu l'approbation officielle du gouverneur régional. Par la suite, le programme a élaboré la première trousse d'injection à l'aide du soutien officiel et du financement du ministère national de la Santé (par l'entremise de fonds de la Banque mondiale).

Intercambios, Buenos Aires

Année de mise en œuvre : 1995

Personnes-ressources : Diana Rossi, Graciela Touze

Courriel : intercambios@intercambios.org.ar

Site Web : www.intercambios.org

Intercambios, une ONG fondée à Buenos Aires en 1995, se consacre à étudier les problèmes associés à l'utilisation de drogue et à leur accorder l'attention qu'ils requièrent. L'organisation travaille à améliorer la vie des utilisateurs de drogue, à la fois en offrant des services directs à cette collectivité marginalisée et vulnérable et en exerçant des pressions pour que des changements soient apportés aux politiques en matière de contrôle des drogues et de santé publique. Intercambios a été établie par un groupe de professionnels dont le travail touche l'utilisation de drogue et la prévention du VIH/sida. Ce groupe est un membre fondateur du Latin American Harm Reduction Network et du Argentinean Harm Reduction Network. La mission d'Intercambios est d'utiliser les préceptes fondamentaux relatifs aux droits de la personne pour orienter l'interprétation et l'application des connaissances concernant l'utilisation de drogue et les problèmes liés aux drogues. L'organisation a pour but d'améliorer la compréhension des divers problèmes associés à l'utilisation de drogue : ceux liés à la demande et à la vente de drogues, aux politiques en matière de contrôle (à la fois sociales et pénales) ainsi qu'aux répercussions des drogues sur la vie culturelle et politique. Intercambios croit que la stigmatisation des utilisateurs de drogue et de leur comportement conduit souvent à la violation des droits de la personne.

Les objectifs principaux d'Intercambios sont les suivants :

- L'élaboration d'études interdisciplinaires à propos des problèmes liés à l'utilisation de drogue des points de vue scientifique et éthique.
- La diffusion d'information juste sur les drogues licites et illicites dans le cadre d'un effort coordonné visant à orienter l'opinion publique vers une vision plus réfléchie et responsable des utilisateurs de drogue et de leur comportement.
- L'élaboration et l'offre de ressources aux collectivités liées à l'utilisation de drogue, y compris aux travailleurs d'approche et aux éducateurs de pairs professionnels.
- La conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de prévention et d'interventions communautaires.
- La création d'un réseau de ressources et de services sociaux qui offrira des services intégrés aux personnes affectées par des problèmes liés à l'utilisation de drogue.
- La mise sur pied d'une infrastructure propice à la collaboration et à la coopération entre les organismes, les chercheurs et les intervenants sociaux.

Depuis sa création, Intercambios a mis en œuvre des recherches, des programmes de prévention, des séminaires de formation et des évaluations de projets en coopération avec d'autres organisations nationales et internationales, des organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux, des universités et des entreprises. À l'aide des résultats de la recherche initiale, ils ont pu concevoir un projet d'intervention contre le VIH et l'hépatite pour les UDI. Ils ont élaboré du matériel de prévention, formé des travailleurs d'approche et reçu du financement pour la distribution de préservatifs et de seringues stériles dans la rue.

Brésil

Institut d'études et de recherche sur le sida de Santos (IEPAS)

Année de mise en œuvre : 1989

Personne-ressource : Rita de Cássia Haiek

Courriel : iepas@iepas.org.br

Site Web : www.iepas.org.br

Le programme de réduction des méfaits du secrétariat de la santé de São Vicente

Année de mise en œuvre : 1995

Personne-ressource : Paula Jayme Araujo

Courriel : coaidssv@atribuna.com.br

L'IEPAS a été le premier à offrir un programme d'échange de seringues au Brésil, dans la ville portuaire de Santos. Il fait partie du Latin American Harm Reduction Network, du Brazilian Harm Reduction Network, de la Brazilian Harm Reduction Association et de la São Paulo State Harm Reduction Association. L'organisation travaille avec les utilisateurs de drogue, leurs partenaires sexuels et leurs familles (392 par mois); les adolescents (135 par année); les femmes (422 par année); les hommes travaillant dans le domaine de la construction (1 640 par année); les membres des collectivités vulnérables (649 par année) et la population en général (5 033 personnes par année). Elle offre un programme d'échange d'aiguilles, du counselling, des programmes d'approche et des programmes itinérants, des tests de dépistage du VIH, des outils pour des pratiques sexuelles sans risque, des activités liées à la défense des droits de la personne (défense des intérêts, protection et consultation) et des conseils pour l'élaboration de politiques de même que de la formation pour les décideurs en matière de politiques et les autres fonctionnaires, les ONG, les UDI, les éducateurs de pairs (UDI et travailleurs du sexe), les jeunes et les professionnels de la santé. Le programme de la ville voisine, São Vicente, effectue un travail semblable.

Une évaluation de l'IEPAS a été effectuée par le programme des MTS et du sida de la ville de Santos en 1992. Les résultats étaient positifs et ont montré l'importance de ces activités dans le cadre de la lutte contre le VIH et d'autres affections. L'évaluation a aussi mis en évidence les efforts déployés pour la défense des droits des UDI et contre la discrimination. Les programmes comptent contribuer à l'élaboration et à la modification de la politique nationale en matières de drogues maintenant à l'étude au Brésil. Ils ont aussi pour but de garantir que la réduction des méfaits devienne partie intégrante des politiques publiques de tous les organismes gouvernementaux, particulièrement ceux du domaine de la santé.

Leçons tirées des deux programmes :

- L'échange d'aiguilles et de seringues est plus efficace que les techniques de désinfection.
- La meilleure méthode pour approcher les UDI est celle de la « boule de neige » : il faut se concentrer sur l'UDI et sur ses amis, peu importe l'endroit où ils habitent ou celui où ils se trouvent, qu'ils soient dans la zone désignée ou non.
- L'éducation par les pairs est la meilleure façon de communiquer avec les UDI.
- Le soutien de la collectivité est essentiel à la mise en œuvre d'activités de réduction des méfaits et d'échange d'aiguilles. La collectivité peut faciliter l'accès aux seringues et aux aiguilles ainsi que leur échange.

Programme de réduction des méfaits des MTS et du sida de São Paulo

Date de mise en œuvre : janvier 2001

Personne-ressource : Regina Bueno

Courriel : prdsampa@hotmail.com; recabuen@terra.com.br

La plus grande ville du Brésil, São Paulo (11 millions d'habitants), compte 51 000 cas de SIDA, dont 20 % sont attribuables à l'utilisation de drogue par injection. La cocaïne est la drogue

injectable la plus populaire au Brésil. Le programme comprend 20 unités de soins et 1 400 travailleurs de la santé, dont presque 80 se consacrent à contenir la propagation du VIH chez les UDI. Les activités principales dans le cadre du projet concernent l'échange de seringues, le counselling, les programmes d'approche et les programmes itinérants, les pratiques sexuelles sans risque, les services aux UDI séropositifs, les services sociaux et médicaux aux UDI, l'élaboration de politiques, les activités liées aux lois, à l'éthique et aux droits de la personne, la formation des décideurs, des autres organisations gouvernementales, des ONG, des UDI, des éducateurs de pairs (UDI et travailleurs du sexe), des jeunes, des partenaires sexuels des UDI et de la collectivité, l'évaluation de projets et de programmes, le financement, le matériel éducatif et la distribution des préservatifs masculins et féminins. Le programme est soutenu par des fonds publics (fédéraux et municipaux). Quatre mille personnes bénéficient des services offerts aux UDI et à leurs partenaires sexuels. Ces services ont distribué 27 000 seringues et aiguilles dans une trousse de réduction des méfaits qui contient des tampons d'alcool, de l'eau distillée et un gobelet de préparation.

Le leçon la plus intéressante a été d'apprendre à créer un programme gouvernemental de réduction des méfaits, y compris à intégrer des travailleurs d'approche dans le processus de paiement formel.

Amérique du Nord

États-Unis

Point Defiance Needle Exchange, Tacoma (Washington)

Année de mise en œuvre: 1987

Personne-ressource : Dave Purchase

Courriel : dp@seanet.com

Ce programme d'échange d'aiguilles est le premier aux États-Unis. En raison des services faciles d'accès et de l'approche qu'il offre, il sert de modèle à tous les services d'échange. Dave Purchase coordonne aussi le North American Syringe Exchange Network (voir ci-dessous).

Canada

Portland Hotel de Vancouver, résidence et services pour les UDI

Année de mise en œuvre : 1990

Personne-ressource : Mark Townsend

Courriel : Mark@portlandhotel.ca

Le Portland Hotel offre un des programmes les plus innovateurs au monde en matière de réduction des méfaits. Il s'agit d'une résidence qui offre l'échange de seringues et d'autres services à ses résidents qui y possèdent leur propre appartement. Le projet participe activement à l'éducation, à la défense des intérêts et à la formation. L'hôtel a fait construire une salle d'injection, dont l'ouverture devrait avoir lieu cette année.

4.4 Meilleures pratiques en matière de formation et de mise en place d'un réseau

Afin de maximiser l'efficacité, l'efficience et la durabilité des stratégies et des interventions de réduction des méfaits, il est nécessaire de fournir de l'information fiable, objective et fondée sur des preuves ainsi que d'améliorer les connaissances et les compétences des décideurs et des praticiens.

De nombreux pays et régions ont élaboré des projets pour diffuser de l'information sur les approches innovatrices en matière de prévention du VIH/sida chez les UDI, améliorer le travail en réseau et l'échange d'information à propos des leçons tirées et fournir de la formation continue.

Afin de maximiser l'efficacité, l'efficience et la durabilité des stratégies et des interventions de réduction des méfaits, il est nécessaire de fournir de l'information fiable, objective et fondée sur des preuves ainsi que d'améliorer les connaissances et les compétences des décideurs et des praticiens.

Dans le but de concevoir et de mettre sur pied de nouveaux services, il faut réorienter les capacités du système de santé existant en fonction des besoins d'une stratégie intégrée de prévention du VIH chez les UDI. Les professionnels doivent bénéficier d'une information et d'une formation à jour au sujet de la prestation des divers services destinés aux UDI et des interventions de prévention du VIH/sida.

Le travail en réseau entre les fournisseurs de services et les utilisateurs de drogue s'est avéré l'un des outils les plus efficaces pour la prévention du VIH/sida chez les UDI. Ce travail prend la forme d'échange d'information et d'expériences, de soutien et de discussions. Le réseau permet aux échanges d'avoir lieu au sein d'un groupe beaucoup plus grand qu'il ne le serait possible autrement.

Afrique

AFHRN (African Harm Reduction Network)

Année de mise en œuvre : 1999

Personne-ressource : Akin Akinhanmi

Courriel : akinhanmi@infoweb.abs.net

Ce réseau est en cours de formation.

Asie et Pacifique

AHRN (Asian Harm Reduction Network)

Année de mise en œuvre : 1996

Personne-ressource : Ton Smits

Courriel : tonsmits@ahrn.net,

Site Web : www.ahrn.net

L'Asian Harm Reduction Network a joué un rôle déterminant dans l'établissement de programmes de réduction des méfaits et dans l'élaboration de politiques offrant un meilleur soutien dans toute la région. Elle gère un site Web, publie un bulletin, donne de la formation, conçoit du matériel de formation et participe activement à la défense des intérêts.

Oceania Harm Reduction Coalition

Année de mise en œuvre : 1999

Personne-ressource : Campbell Aitken

Courriel : aitkenc@burnet.edu.au

Site Web : www.chr.asn.au/oceania

La raison d'être de l'OHRC est de représenter l'Océanie dans le cadre de situations pour lesquelles les coalitions pour la réduction des méfaits collaborent, de faciliter la coopération entre les organisations participant à des activités de réduction des méfaits en Océanie et de promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de réduction des méfaits dans la région. (L'Océanie comprend l'Australasie, la Micronésie, la Polynésie et la Mélanésie.)

Programme de formation et de financement de l'AusAID

Le programme de formation et de financement de l'AusAID est actif dans plusieurs régions d'Asie. Notamment, l'organisation a travaillé en Indonésie au cours des dernières années dans le but d'amener des changements aux programmes et aux politiques au moyen d'une série d'ateliers, dont certains étaient destinés aux policiers et aux politiciens.

Santé : Jeff Stanton, arhpjeff@hn.vnn.vn

Police : Drew Morgan, arhpdrew@hn.vnn.vn

Europe centrale, Europe de l'Est et Asie centrale

CEEHRN (Central and Eastern European Harm Reduction Network)

Année de mise en œuvre : 1997

Personne-ressource : Emilis Subata

Courriel : EmilisSubata@takas.lt

Site Web : www.ceeHRN.net

Le Central and Eastern European Harm Reduction Network a été fondé en 1997 par 18 programmes. Depuis, le nombre de ses membres s'est accru et le réseau rassemble maintenant plus de 100 organisations et particuliers provenant de 26 pays. Il diffuse de l'information par l'entremise d'un serveur de liste, fournit des renseignements concernant les organisations membres sur son site Web et produit un bulletin papier. Les membres du réseau échangent de l'information ainsi que des expériences et s'entraident pour résoudre des problèmes.

IHRD/Open Society Institute (OSI)

Année de mise en œuvre : 1995

Personne-ressource : Kasia Malinowska Sempruch, New York

Courriel : kmalinowska@sorosny.org

Site Web : www.soros.org/harm-reduction/

En réponse aux taux croissants d'utilisation de drogue par injection et d'infection à VIH en Europe de l'Est et dans l'ancienne Union soviétique, l'Open Society Institute a établi le programme International Harm Reduction Development (IHRD) en 1995. La mission du programme IHRD est de réduire, à l'échelle individuelle et sociale, les méfaits liés à l'utilisation de drogue par injection à l'aide de mesures avant-gardistes. Conjointement avec les Network Public Health Programs de l'OSI et les divisions nationales de l'OSI, le programme IHRD soutient actuellement plus de 180 projets dans 24 pays de l'Europe de l'Est et de l'ancienne Union soviétique. Il fournit du financement et de la formation. Un répertoire des programmes de réduction des méfaits peut être consulté sur le site Web du programme.

Fédération de Russie

La formation offerte par la AIDS Foundation East/West (AFEW)

Formation en Fédération de Russie : Nora Stojanovik: nora_stojanovik@afew.org

Formation en Ukraine : Anna Shapoval: anna_shapoval@afew.org

L'AFEW offre de l'éducation au sujet des drogues et du VIH à des personnes provenant de divers secteurs de la société. Elle participe aussi à la réforme des politiques et à l'élaboration de programmes.

Europe de l'Ouest

Royaume-Uni

HIT (anciennement le Mersey Drug Training and Information Centre)

Personne-ressource : Andrew Bennett

Courriel : andrew@hit.org.uk

Site Web : www.hit.org.uk

Le HIT crée du matériel éducatif, offre de la formation et organise des conférences. Son matériel a fixé la norme à atteindre.

Exchange Supplies Harm Reduction on-line

Personne-ressource : Andrew Preston

Courriel : info@saferinjecting.org

Site Web : www.saferinjecting.org

Les activités principales de cette organisation comprennent la rédaction de matériel d'information, la distribution des accessoires nécessaires à l'utilisation de drogue par injection sans risque à des services pour les utilisateurs de drogue, l'élaboration de politiques, les activités liées aux lois, à l'éthique et aux droits de la personne ainsi que de la formation pour les organisations responsables des politiques et les autres organisations gouvernementales, les UDI de même que les éducateurs de pairs (UDI et travailleurs du sexe).

Pays-Bas

Fondation Drugtext

Année de mise en œuvre : 1994

Personne-ressource : Mario Lap

Courriel : Mario@drugtext.org

Site Web : www.drugtext.org

Le counselling, les activités liées aux droits de la personne (défense des intérêts, protection et consultation), l'élaboration de politiques, les activités liées aux lois, à l'éthique et aux droits de la personne ainsi que de la formation pour les organisations responsables des politiques et les autres organisations gouvernementales de même que pour les éducateurs de pairs (UDI et travailleurs du sexe) sont les principales activités de l'organisation.

**Fondation Mainline pour la promotion de la santé et de la prévention chez les UDI,
Amsterdam**

Année de mise en œuvre : 1990

E-mail: info@mainline.org

Site Web : www.mainline.org

Mainline est une ONG ayant pour but d'améliorer la qualité de vie des UDI. Le lien direct que Mainline entretient avec les utilisateurs de drogue lui permet de définir et d'analyser rapidement les changements dans le milieu de la drogue, ce qui rend possible la réduction ciblée des méfaits. Ses principales activités comprennent l'éducation des UDI en matière de santé, l'élaboration de politiques, la recherche, la consultation et la formation de travailleurs sociaux. Mainline travaille auprès des prisonniers. Elle est active en Europe de l'Est, y compris en Russie, et collabore avec des organisations telles que Médecins sans frontières. L'organisation publie un bulletin, « Take It », pour les UDI séropositifs.

Amérique latine et Caraïbes

RELARD (Latin American Harm Reduction Network)

Année de mise en œuvre : 1998

Personne-ressource : Sandra Batista

Courriel : flamarion@uol.com.br

Site Web : www.relard.org

Formé au cours de la Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues à São Paulo, en 1998, le RELARD a connu une croissance rapide. La défense des intérêts, la formation, les séminaires et la publication d'un bulletin font partie de ses nombreuses activités.

Amérique du Nord

États-Unis

HRC (Harm Reduction Coalition)

Année de mise en œuvre : 1990

Personne-ressource : Allan Clear

Courriel : clear@harmreduction.org

Site Web : www.harmreduction.org

La Harm Reduction Coalition des États-Unis offre de l'éducation et du soutien aux programmes de réduction des méfaits partout aux États-Unis. Elle publie régulièrement un bulletin, possède un site Web et tient une réunion tous les deux ans.

NASEN (North American Syringe Exchange Network)

Année de mise en œuvre : 1990

Personne-ressource : Dave Purchase

Courriel : dp@seanet.com

Site Web : www.nasen.org

Le North American Syringe Exchange Network offre de l'éducation, du financement et du soutien aux programmes d'échange de seringues partout aux États-Unis et au Canada. Il possède un site Web et tient une réunion annuelle.

Canada

Canadian Harm Reduction Network

Année de mise en œuvre : 1999

Personne-ressource : Walter Cavalieri

Courriel : noharm@canadianharmreduction.com

Site Web : www.canadianharmreduction.com

Le Canadian Harm reduction Network offre de l'éducation et du soutien aux programmes de réduction des méfaits partout au Canada. Il publie régulièrement un bulletin et possède un site Web.

Réseau juridique canadien VIH/sida

Année de mise en œuvre : 1992

Personne-ressource : Ralf Jurgens

Courriel : ralfj@aidslaw.ca

Site Web : www.aidslaw.ca

Le Réseau juridique canadien VIH/sida donne des conseils juridiques et éthiques à des organisations au Canada et ailleurs dans le monde. Il possède un site Web, publie un bulletin périodique, produit régulièrement des rapports sur des questions urgentes, y compris celle des prisons, et des feuillets d'information pour les accompagner.

À l'échelle internationale

IHRA : un réseau de réseaux pour la réduction des méfaits

Année de mise en œuvre : 1996

Personne-ressource : Diane Riley

Courriel : rileydm@aol.com

Site Web : www.ihra.net

La création de l'International Harm Reduction Association (IHRA) est le résultat de la popularité rapidement grandissante de l'International Conference on the Reduction of Drug Related Harm et de la demande de services et de soutien en ce qui a trait aux politiques et aux programmes de réduction des méfaits qui s'inscrivent hors de la durée de la rencontre annuelle. Il s'agit d'une association internationale et professionnelle pour les particuliers et les organisations qui s'intéressent à l'élaboration et à l'adoption de politiques plus appropriées et efficaces en matière de drogues, visant à réduire les conséquences néfastes de l'injection de drogue. L'IHRA veut intervenir dans le processus d'élaboration des politiques en matière de drogues de manière à ce que les principes de réduction des méfaits soient largement adoptés. Son rôle consiste à informer la population en général des problèmes, à fournir de l'information, de la formation et du matériel éducatif aux intervenants, et à mettre en œuvre des programmes spécifiques et ciblés pour les organisations responsables de l'élaboration, de l'orientation et de l'application des politiques.

L'IHRA possède un site Web qui renferme des liens vers les réseaux régionaux qu'elle regroupe. De plus, elle publie un bulletin, tient une conférence annuelle et distribue des bourses d'études aux délégués des pays en développement.

NOTES

¹ G. Stimson and K. Choopanya, Global perspectives on drug injecting. Dans *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*, ed. G. Stimson, D.C. Des Jarlais and A. Ball. Geneva/London: WHO/University College London Press, 1998.

² *Ibidem* et d'autres chapitres de cet ouvrage.

³ A. Wodak, Non-injecting routes of administration. Article présenté lors de la 8^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, Hobart, 1997.

⁴ N. Hunt, P. Griffiths, M. Southwell, G. Stillwell and J. Strang, Preventing and curtailing injecting drug use: a review of opportunities for developing and delivering "route transition intervention". *Drug and Alcohol Review*, 18 (1999), 441-451.

⁵ P. Fleming and D. Roberts, Is the prescription of amphetamine justified as a harm reduction measure? *Journal of the Royal Society of Health* (1994), 127-131; M. Myles, Treatment for amphetamine use in the United Kingdom. Dans *Amphetamine misuse: intentional perspectives on current trends*, ed. H. Klee. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1997.

⁶ Fuente, L., Barrio, G., Royuela, L., Bravo, M. The Spanish group for the study of the route of heroin administration, *Addiction*, 92(12), 1749-63, 1997.

⁷ N. Dorn and K. Murji, *Drug prevention: a review of the English language literature*. London: ISDD, 1992.

⁸ A. Ball, Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. Dans *Drug Injecting and HIV Infection* (voir note n° 1), p. 201.

⁹ D. Des Jarlais, K. Choopanya, P. Millson, P. Friedmann and S. Friedman, The structure of stable seroprevalence HIV-1 epidemics among injecting drug users. Dans *Drug Injecting and HIV Infection* (voir note n° 1), 91-100.

¹⁰ F. Bastos, G. Stimson, P. Telles and C. Barcellos, Cities responding to HIV-1 epidemics among injecting drug users. Dans *Drug Injecting and HIV Infection* (voir note n° 1), 149-167.

¹¹ *Ibidem*

¹² Des Jarlais *et al.*, 1998 (voir note n° 9).

¹³ D. Des Jarlais, H. Hagan, S. Friedman, P. Friedmann, D. Goldberg, M. Frischer, S. Gree, K. Tunving, B. Ljunberg, A. Wodak, M. Ross, D. Purchase, P. Millson and T. Myers, Preventing epidemics of HIV-1 among injecting drug users. Dans *Drug Injecting and HIV Infection* (voir note n° 1), 183-200.

¹⁴ Étude comparative de l'OMS abordée dans Stimson *et al.*, 1998 (voir note n° 1); ONUSIDA/PNUCID Drug use and HIV vulnerability: Policy research study in Asia. Bangkok, 2000.

¹⁵ *Ibidem*

¹⁶ *Ibidem*, p.196.

¹⁷ *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*. Genève : ONUSIDA/OMS, juin 1998.

¹⁸ Advisory Council on the Misuse of Drugs, *AIDS and drug misuse*. Londres : HMSO, 1988, para. 2.1.

¹⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Consultation on AIDS among drug abusers*. Stockholm, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1986.

²⁰ Pour plus de détails sur les discussions à ce sujet, voir D.M. Riley, The policy and practice of harm reduction. Ottawa : CCLAT, 1993; *Le modèle de réduction des méfaits*. Toronto: The Harm Reduction Network, 1994; D.M. Riley et P. O'Hare, Harm Reduction: History, Definition and Practice. Dans *Harm Reduction and Drug Control*, ed. J. Inciardi and L. Harrison. California: Sage, 2000; D. Riley, E. Sawka, P. Conley, D. Hewitt, W. Mitic, C. Poulin, R. Room, E. Single and J.

Topp, Harm Reduction: Concepts and Practices. *Substance Use and Misuse* 34/1, 9-24; D.M. Riley and P. O'Hare, Harm reduction: Policy and practice. *Policy Options* 19/8, 7-10; consulter également les liens suivants : www.ihra.net, www.dfdp.ca et www.aidslaw.ca.

²¹ M. Schechter, S. Strathdee et al., Do needle exchange programs increase the spread of HIV among injection drug users? An investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS* 1999, 13: F45-51.

²² Étude comparative de l'OMS (voir note n° 14).

²³ U.S. Department of Health, Evidence based findings on the efficacy of syringe exchange programs: an analysis prepared from the Assistant Secretary for Health and Surgeon General, 2000. Lien : <http://hivinsite.ucsf.edu/topics/needle-exchange>.

²⁴ *AIDS, drugs and prevention: Perspectives on individual and community action*, ed. T. Rhodes and R. Hartnoll. London: Routledge, 1996.

²⁵ *Policing and Prescribing: The British System of Drug Control*, ed. D. Whynes and P. Bean. London: Macmillan, 1991; T. Llosa, Coccalization: The standard low dose of oral cocaine used for treatment of cocaine dependence. *Journal of Chemical Addiction* 6(1), 1-16; B. Alexander, A review of treatment for cocaine users, Out of Harm's Way Carnegie Community Forum, Vancouver, November 1998.

²⁶ J.C. Ball and A. Ross, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer Verlag, 1991; J. Ward, R.P. Mattick and W. Hall, The effectiveness of methadone maintenance treatment 2: HIV and infectious hepatitis. In *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, ed. J. Ward, R.P. Mattick and W. Hall. Amsterdam: Harwood Academic, 1998.

²⁷ J.-P. Grund, R. Broadhead, D. Heckathorn, S. Stern and D. Anthony, Peer-driven outreach to combat HIV among IDUs: a basic design and preliminary results. In *AIDS, drugs and prevention* (voir note n° 24), 201-215.

²⁸ S.R. Friedman, D.C. Des Jarlais and T.P. Ward, Social models for changing health-relevant behaviour. Dans *Preventing AIDS: theories and methods of behavioural interventions*, ed. R.J. DiClemente and J.L. Peterson. New York: Plenum Press, 1994; S.R. Friedman, D.C. Des Jarlais and D.S. Goldsmith, An overview of AIDS prevention efforts aimed at intravenous drug users circa 1987. *Journal of Drug Issues* 19/1 (1989), 93-112; S.R. Friedman, D.C. Des Jarlais, J.L. Sothoran, J. Garber, H. Cohen and D. Smith, AIDS and self organization among intravenous drug users. *International Journal of Addictions* 22/3 (1987), 201-219; D. Burrows, Care and support of injecting drug users living with HIV/AIDS: Implications for Ukraine Médecins sans frontières (Hollande). Kiev, 2000.

²⁹ D. Burrows, Peer education among injecting drug users. Document de travail préparé pour l'Australian Federation of AIDS Organisations. Sydney, 1995.

³⁰ D. Burrows, Needle and syringe supply in Australia: the state of play. *Substance Use and Misuse* 33/5 (1998), 1113-1127.

³¹ S. Volpicelli, P. Marca, G. Calvi, V. Agnoletto and C. Lesmo, Project MIRO (Methods, Impact, Research, Outreach): the evaluation of harm reduction outreach activities in southern European countries: the consumer's point of view. Article présenté lors de la 11^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, Jersey, 2000.

³² Burrows, 1995 (voir note n° 29) et 2000 (voir note n° 28); Friedman *et al.*, 1994 (voir note n° 28).

³³ D. Burrows, An advocacy manual for harm reduction. IHRA/WHO, sous presse.

³⁴ D. Burrows, Establishing an international communications network for injecting drug user groups. *Health Promotion Journal of Australia* 4/1 (1994), 46-48.

³⁵ Burrows, sous presse (voir note n° 33).

³⁶ *Ibidem*; B. Jose, S. Friedman, A. Neaigus, R. Curtis, M. Sufian, B. Stephenson and D. Des Jarlais, Collective organisation of injecting drug users and the struggle against AIDS. Dans *AIDS, drugs and prevention* (voir note n° 24), 216-233.

³⁷ www.ihra.net.

³⁸ D.M. Riley and P. O'Hare, Barriers and Facilitators to HIV Prevention among Injection drug users. Document présenté lors de la deuxième réunion annuelle du Global Research Network sur la prévention du VIH et l'utilisation de drogue par injection, Atlanta, août 1999.

³⁹ S. Sarker, Document présenté lors de la troisième réunion annuelle du Global Research Network sur la prévention du VIH et l'utilisation de drogue par injection, Durban, juillet 2000.

⁴⁰ *Ibidem*

⁴¹ ONUSIDA, *Récapitulatif des meilleures pratiques*. Genève (1999). Lien : www.unaids.org/bestpractice.

⁴² *Ibidem*

⁴³ Pour de plus amples détails sur ces questions, voir le document d'accompagnement de D. McAmmond; aussi N. Crofts, Harm reduction policy guide. OMS, sous presse; D. Burrows, sous presse (voir note n° 33); et ONUSIDA/PNUCID, 2000 (voir note n° 14).

⁴⁴ FHI/UNAIDS, Effective prevention strategies in low HIV prevalence settings. Washington: Family Health International, 2001; rapports annuels sur l'épidémie mondiale de VIH/sida de l'ONUSIDA. Genève. Lien : www.unaids.org.

⁴⁵ ONUSIDA, Collection *Meilleures pratiques* : Guide du processus de planification de la stratégie nationale relative au VIH/sida. Genève (1999). Lien : www.unaids.org/bestpractice.

⁴⁶ Burrows, sous presse (voir note n° 33).

⁴⁷ Ball, 1998 (voir note n° 8).

⁴⁸ PNUCID/ONUSIDA, Drug abuse and HIV/AIDS: Lessons learned. New York, 2001.

⁴⁹ D. Burrows, F. Trautmann, M. Bijl, Y. Sarankov, O. Chernenko, L. Pogosyan and A. Sarang, Training on HIV/AIDS prevention strategies among injecting drug users in the Russian Federation: Training Guidelines. Moscou : Médecins sans frontières (Hollande), 1998.

⁵⁰ ONUSIDA, Collection *Meilleures pratiques* (voir note n° 45).

⁵¹ Voir Crofts, sous presse (voir note n° 43), pour un compte rendu détaillé; aussi, Family Health International, Evaluating programs for HIV/AIDS prevention and care in developing countries. Washington: FHI, 2001; Centre for Harm Reduction and Asian Harm Reduction Network, *Manual for reducing drug-related harm in Asia*, revised edition. Melbourne, 2003 (original, 1999, ed. N. Crofts, G. Reid and G. Costigan).

⁵² *Ibidem*; aussi ONUSIDA, 1999 (voir note n° 45).

⁵³ Crofts, sous presse (voir note n° 43).

⁵⁴ A. Wodak, D. Burrows and J. Dorabjee, The Development of Strategies to Overcome Barriers to HIV Prevention Among and From Injection Drug Users. Document présenté lors de la troisième réunion annuelle du Global Research Network, Durban, Afrique du Sud, juillet 2000.

⁵⁵ *Ibidem*

⁵⁶ PNUCID/ONUSIDA, 2001 (voir note n° 48).

⁵⁷ M.S. Kumar, HIV prevention strategies for injection drug users in high HIV-prevalent scenarios. Article présenté lors de la quatrième réunion annuelle du Global Research Network sur la prévention du VIH et l'utilisation de drogue par injection, Melbourne, 2001.

⁵⁸ FHI/ONUSIDA, 2001 (voir note n° 44).

⁵⁹ *Ibidem*, chapitre 8.

⁶⁰ ONUSIDA, 1999.

⁶¹ Pour de plus amples détails sur le processus d'élaboration des politiques et des stratégies, voir Crofts, sous presse (voir note n° 43); Family Health International 2001 (voir note n° 51); Centre for Harm Reduction and Asian Harm Reduction Network, 2003 (voir note n° 51); ONUSIDA/PNUCID, 2000 (voir note n° 45); guides ONUSIDA (voir note n° 45).

⁶² *Ibidem*

⁶³ ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida. Genève, 2002.

⁶⁴ Burrows, sous presse (voir note n° 33).

⁶⁵ R. Heimer, Syringe exchange programs: lowering the transmission of syringe-borne diseases and beyond. *Public Health Reports* 113/suppl. 1 (1998), 67-74.

⁶⁶ Burrows, 2000 (voir note n° 28).

⁶⁷ J. Fitzgerald, A. Hope, S. James, C. Mercer and M. Hamilton, The impact of police operation "Juva" on inner-city needle and syringe exchange. Article présenté lors de la 11^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, Jersey, 2000.

⁶⁸ Burrows, sous presse (voir note n° 33).

⁶⁹ *Ibidem*

⁷⁰ J. Bruneau, N. Lachance, F. Lamothe and J. Vincelette, Predictors of injecting cessation in a prospective cohort of IDUs in Montreal. Article présenté lors de la 12^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, New Delhi, 2001.

⁷¹ Déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé, *Santé pour tous au 21^e siècle*, 1998; Burrows, sous presse (voir note n° 33); Crofts *et al.*, 2003 (voir note n° 51); *Guide du processus de planification de la stratégie nationale relative au VIH/SIDA*, ONUSIDA, 1999 (voir note n° 45); documents de position de l'ONU. Lien : www.un.org.

⁷² Burrows, 2000, Care and support of injecting drug users living with HIV/AIDS: Implications for Ukraine Médecins sans frontières (Hollande). Kiev.

⁷³ PNUCID/ONUSIDA, 2001 (voir note n° 48). Lien : www.unaids.org/bestpractice (voir note n° 43).

⁷⁴ *Ibidem*

⁷⁵ *Ibidem*

⁷⁶ *Ibidem*

⁷⁷ R. Abdildaeva, article présenté lors de la 14^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, Chiang Mai, avril 2003.

⁷⁸ R. Newcombe, Preventing the spread of HIV infection from and among injecting drug users in the U.K. *The International Journal of Drug Policy* 1 (1990), 20-27.

⁷⁹ H. Rolleston, The Rolleston Committee Report. London: HMSO, 1926, p. 18.

⁸⁰ Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1988 (voir note n° 18).

⁸¹ *Ibidem*

⁸² G.V. Stimson, Harm reduction in practice: how the UK avoided an epidemic of HIV infection in drug injectors. Article présenté lors de la 8^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, Paris, mars 1997.

⁸³ A. Uchtenhagen, document d'accompagnement sur le traitement.

⁸⁴ *Ibidem*

⁸⁵ *AIDS* 1998, 12:2059-2066.

⁸⁶ Lindesmith Center, Safe injection rooms review. New York: Lindesmith Centre, 1998; document d'accompagnement sur les sites d'injection sécuritaires.

- ⁸⁷ C. Hartgers, A. van den Hoek, P. Krijnen and R. Coutinho, HIV Prevalence and Risk Behaviour among Injecting Drug Users who Participate in “Low Threshold” Methadone Programs in Amsterdam. *American Journal of Public Health* 82 (1992), 547.
- ⁸⁸ E.C. Buning, G.H.A. van Brussel, and G. van Santen, The “Methadone by Bus” Project in Amsterdam. *British Journal of Addiction* 85 (1990), 1247.
- ⁸⁹ Euro-Methwork, January 1994, p. 4; J. Derks, The Efficacy of the Amsterdam Morphine-Dispensing Program. In *Drug Misuse and Dependence*, ed. H.A. Ghodse, C.D. Caplan and R.D. Mann. Park Ridge, N.J.: Parthenon, 1990.
- ⁹⁰ W. Van den Brink, V. Hendriks, P. Blanken and J. van Ree, Dutch research on the effectiveness of medical prescriptions of heroin. *Nederlands Tijdschr Geneeskde* 144/3 (2000), 108-112.
- ⁹¹ E. Buning, Effects of Amsterdam needle and syringe exchange. *International Journal of Addictions* 2 (1991), 1303-1311; aussi, The role of harm reduction programs in curbing the spread of HIV by drug injectors. Dans *AIDS and drug misuse*, ed. J. Strong and G. Stimson. London: Routledge, 1990.
- ⁹² W. Schneider, Harm reduction in Frankfurt: An update. Out of Harm’s Way, Carnegie Community Forum, Vancouver, November 1998.
- ⁹³ W. Schneider, How my city charted a new drug policy course. *The Drug Policy Letter* 21 (1993), 7-9.
- ⁹⁴ B. Fischer, Harm Reduction Plan Succeeds in Hamburg. *The Journal*, January/February 1995, p. 8.
- ⁹⁵ R. Newman, Another Wall that Crumbled – Methadone Maintenance Treatment in Germany. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27 (1995), 28-32.
- ⁹⁶ *Ibidem*
- ⁹⁷ R. Hartnoll and D. Hedrich, AIDS prevention and drug policy: Dilemmas in the local environment. Dans *AIDS, drugs and prevention* (voir note n° 24).
- ⁹⁸ Schneider, 1993 (voir note n° 93); Frankfurt am Main: First Rooms Opened Where Drug Users Can Consume Heroin, European Cities on Drug Policy, Newsletter No. 3, March 1995, p. 7.
- ⁹⁹ Schneider, 1998 (voir note n° 92).
- ¹⁰⁰ A. Pant and R. Soellner, Epidemiology of HIV in intravenous drug users and public health policy in Germany. *Journal of Drug Issues* 27 (1997), 9-41; Schneider, 1998 (voir note n° 92).
- ¹⁰¹ Hartnoll and Hedrich, 1996 (voir note n° 97).
- ¹⁰² D. Riley, P. Teixeira and D. Hausser, article présenté dans Dialogue on HIV/AIDS: Policy dilemmas facing governments, Health Canada/UNAIDS, Montebello, Québec, 1999.
- ¹⁰³ *Ibidem*
- ¹⁰⁴ G. Reid and G. Costigan, Revisiting “The Hidden Epidemic”. The Centre for Harm Reduction, The Burnet Institute, Australia, 2002.
- ¹⁰⁵ National Centre for Epidemiology and Population Health and the Australian Institute of Criminology, Feasibility Research into the Controlled Availability of Opioids, Volume 1, Report and Recommendations. Canberra: Australian National University, 1991.
- ¹⁰⁶ Alex Wodak, Chair, Australian Drug Law Reform Foundation, Sydney NSW.
- ¹⁰⁷ A. Symonds, The Australian heroin trial. Article présenté lors de la Drug Policy Foundation Conference, New Orleans, octobre 1997.
- ¹⁰⁸ Reid and Costigan, 2002 (voir note n° 104).
- ¹⁰⁹ M. Sharma, From Policy to Quality. Article présenté à la 14^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues, Chiang Mai, avril 2003.
- ¹¹⁰ Nick Crofts, communications personnelles, avril 2003.
- ¹¹¹ Voir Reid and Costigan (voir note n° 104) pour plus de détails.

¹¹² AHRN Newsletter, numéros 30 et 31 (janvier et avril 2003), Asian Harm Reduction Network, www.ahrn.net.

¹¹³ *Ibidem*

¹¹⁴ ONUSIDA, 1999 (voir note n° 45).

¹¹⁵ ONUSIDA, 1999 (voir note n° 45), partie 4.

¹¹⁶ À titre d'exemple, voir C. Hangzo, A. Chatterjee, S. Sarkar *et al.*, Reaching out beyond the hills: HIV prevention among injecting drug users in Manipur, India. *Addiction* 92/7 (1997), 813-20.

¹¹⁷ Burrows, 2000 (voir note n° 28); et J. Dorabjee, L. Sampson, N. Rawat, communications personnelles, 2001.

¹¹⁸ PNUCID/ONUSIDA, 2001 (voir note n° 48).

¹¹⁹ R. Abdildaeva (voir note n° 77).