

PROGRAMME
POLITIQUE DES DROGUES
DE LA FONDATION BECKLEY



L'ONUSIDA et la prévention du VIH auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse

*Mike Trace, Diane Riley, Gerry Stimson
Traduit par Anne Singer*

Le Programme politique des drogues de la Fondation Beckley est une initiative qui a pour but d'établir une analyse indépendante et rigoureuse de l'efficacité des politiques nationales et internationales sur les drogues. Son but est de rassembler et de disséminer les informations qui vont dans le sens d'un examen rationnel des problèmes complexes liés à la politique sur les drogues et qui, dans le futur, devraient mener à une gestion plus efficace du problème causé par l'usage très répandu de substances psychoactives.

Le Consortium international sur la politique des drogues (CIPD) est un réseau mondial d'ONG qui s'intéresse aux problèmes liés à l'usage de drogues et aux réponses gouvernementales qui leur sont faites. Le Consortium a pour but de promouvoir un débat objectif sur l'efficacité, l'orientation et le contenu des politiques nationales et internationales.

LE PROBLÈME

Depuis que le sida s'est répandu dans le monde entier, le risque de transmission du VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) est devenu un sujet de préoccupation des politiciens. Bien que l'injection de drogues (essentiellement d'héroïne, mais aussi, dans certaines parties du monde, d'amphétamine et de cocaïne) soit fortement découragée par des lois répressives et les organismes de santé, elle reste une pratique très courante. L'ONU estime qu'il y a environ 13 millions d'usagers par voie intraveineuse dans le monde (Aceijas et al, 2004).

Bien que tous les continents aient rapporté l'existence d'usagers de drogues par injection, il y en a une plus forte proportion dans certaines régions. Dans les années 1980, il y en avait surtout en Europe, Asie australe, Amérique du Nord et, plus récemment, dans toute l'Asie, dans l'ancienne République Soviétique et en Amérique Latine. Aujourd'hui, près de 80% des UDVI se trouvent dans les pays développés ou en voie de développement. La majorité des usagers par voie intraveineuse sont pauvres, vivent en marge de la société, sont rarement aidés par leur famille et ont un accès limité aux services de prise en

charge et de traitement. Leur vie quotidienne est pleine d'épreuves et de prises de risques dues à leur usage de drogues, parmi lesquelles celui de contracter des maladies virales comme le VIH par l'utilisation d'un matériel d'injection préalablement utilisé par des porteurs de virus. Des études montrent que ces usagers sont très peu au courant des risques d'infection liés à l'injection. Par exemple, une étude sur les UDVI, faite en Iran en 1999, montre que 25% d'entre eux n'avaient jamais entendu parler du sida, et que la plupart de ceux qui en avaient entendu parler n'avaient aucune idée sur ses modes de transmission (Nissaramanesh et al, 2005). Et, même quand ces risques sont connus, ils continuent malgré tout de partager leurs seringues car ils n'ont guère d'autre alternative. Ces pratiques peuvent être la cause d'une propagation rapide du VIH (Rhodes *et al*, 1999 ; Rhodes et Simic, 2005).

Ce mode de transmission du VIH fait donc partie des préoccupations de l'ONUSIDA dont l'objectif est de minimiser la propagation de cette épidémie au niveau mondial. Près de 10% des infections au VIH – soit 4 millions dans le monde entier – sont dues à l'usage de drogues par voie intraveineuse. Mis à part l'Afrique (où l'injection de

drogues a été assez rare dans le passé, mais où il y a maintenant des signes montrant qu'elle est en progression), la proportion mondiale d'infections liées à l'injection atteint environ 30%, taux variant selon les pays : de 6% au Royaume-Uni, à 21% aux États-Unis, et jusqu'à 50-60% en Russie.

Il est donc clair aujourd'hui que, dans de nombreux pays d'Europe Centrale et de l'Est, au Moyen-Orient, en Asie du Sud et du Sud-Est, en Amérique latine, une des causes majeures de la propagation du VIH est l'usage de drogues par injection. Comme pour les autres modes de transmission, il est essentiel que la communauté internationale trouve des méthodes efficaces pour minimiser la propagation due partage des seringues et qu'elle encourage l'utilisation de ces méthodes dans les régions affectées.

TROUVER UNE SOLUTION

Heureusement qu'un ensemble de mesures prises dans le domaine de la santé publique et du traitement, et visant les usagers de drogues par injection, ont montré leur efficacité à réduire le nombre de personnes infectées et, dans certains cas, a enrayer la propagation de l'épidémie. L'ensemble de ces mesures, connu dans les champs de la santé et de la politique des drogues sous les termes de « réduction des risques », a trois composantes majeures :

- la dissémination à grande échelle d'informations sur les risques d'infection et de conseils en direction des UDVI leur expliquant comment éviter ces risques ;
- la mise à disposition de matériels propres (seringues, filtres, eau stérile) pour permettre aux usagers d'éviter de réutiliser du matériel infecté ;
- un accès plus facile aux soins pouvant aider les usagers à s'éloigner des comportements les plus risqués.

Parmi les pays ayant eu un grand nombre d'UDVI dans les années 1980, ceux qui ont largement implémenté les actions ci-dessus (Pays-Bas, Australie, Allemagne et Royaume-Uni) ont obtenu un taux de transmission du VIH par injection assez bas : 5% des UDVI testés positifs au VIH. Les Pays-Bas ont même réussi à inverser la progression de l'épidémie parmi les UDVI d'Amsterdam. Par contre, les pays n'ayant pas utilisé cette approche (France, Espagne, USA) ont vu exploser le nombre de leurs usagers positifs au VIH. Par exemple, en 1990, le pourcentage en Espagne d'usagers positifs au VIH était de 39% de l'ensemble des UDVI, et même de 74% à Madrid.

De même, les variations en Europe du taux de transmission du VIH parmi les UDVI selon les époques montrent que l'implémentation de mesures de réduction des risques peut arrêter la propagation de l'épidémie. En 1995, en Europe tous pays confondus, l'usage de drogues par voie intraveineuse fut la cause de la transmission du VIH pour

43% des UDVI positifs au VIH. En 2003, après l'implémentation de programmes de réduction des risques, ce taux n'était plus que de 11%.

Récemment, d'autres pays ont du faire face à ce problème et, dans l'ensemble, le schéma reste le même. Par exemple, en Russie et en Ukraine, l'épidémie de VIH parmi les UDVI a fortement progressé au cours des dix dernières années, phénomène dû à des facteurs sociaux et environnementaux ainsi qu'à la réticence des autorités à s'engager dans une action de santé publique pour endiguer la propagation (Rhodes *et al.*, 1999b). En Russie, les données officielles actuelles disent que 300 000 personnes sont atteintes du VIH et que, pour environ 60% d'entre elles, l'infection est liée à l'usage de drogues par injection. Et l'on sait que ces chiffres sont très en-dessous de la réalité et qu'il faut les multiplier par cinq pour connaître la vraie dimension du problème.

En Amérique du Sud, le Brésil est le pays le plus sérieusement affecté par le sida et plusieurs études ont estimé que 40% des UDVI étaient positifs au VIH. Mais, depuis que le gouvernement brésilien a pris des mesures de réduction des risques s'adressant aux UDVI, les résultats se montrent encourageants : les données les plus récentes montrent une baisse significative du taux de transmission du virus par injection ainsi que du nombre d'UDVI atteints du VIH.

CONTINUER LA CONTROVERSE

En dépit des résultats clairement positifs au niveau de la santé publique de l'approche par la réduction des risques des UDVI, résultats rapportés depuis une décade dans un grand nombre de recherches et d'analyses des politiques, l'implémentation de ces mesures continue de faire l'objet de débats acharnés aux niveaux local, national et international. Ces débats sont de deux ordres :

La morale. Quand les autorités ont pour mission la lutte contre l'éradication, ou la diminution, de l'usage de drogues, il leur est difficile de s'engager dans des actions qui acceptent la continuation de l'usage et de faciliter ce qui est, pour beaucoup, une action illégale. C'est la première réaction qu'ont, en général, la plupart des gouvernements, exprimant par là une position « puriste » qui n'est pas en phase avec la réalité laquelle montre bien que, malgré les actions répressives et éducatives, un grand nombre d'usagers continuent de préférer l'injection comme mode d'administration. Cette position puriste est en opposition avec l'assertion pragmatique qui dit que ne rien faire pour réduire les risques liés à l'injection est en soi moralement indéfendable.

Le pragmatisme. Malgré l'opposition à la réduction des risques pour des raisons morales, de nombreux débats

abordent aujourd'hui la question de la minimisation des risques d'infections liés à l'usage de drogues par injection. Les opposants à la réduction des risques affirment que la priorité devrait être d'utiliser tous les moyens possibles pour réduire le nombre des UDVI, dont leur traitement. Les partisans de la réduction des risques font aux UDVI potentiels une proposition plus attractive, mais qui ralentirait le nombre d'usagers abandonnant l'injection. Alors, l'argument des opposants est que, plus le nombre d'UDVI reste grand, plus le risque d'infection est élevé. La politique préférée des gouvernements qui partagent ce point de vue est de renforcer les techniques répressives afin de rendre la vie impossible aux UDVI et de donner la priorité aux services de traitement qui visent la cessation de l'usage (dits « basés sur l'abstinence »).

Le Programme politiques des drogues de la Fondation Beckley est basé sur le principe qui dit que les politiques sur les drogues devraient avant tout chercher à minimiser les méfaits que l'usage de drogues cause aux citoyens. En conséquence, nous pensons que les gouvernements ne peuvent se payer le luxe d'une position puriste et morale sur un problème qui affecte des millions de vies. Nous pensons que le débat sur les deux approches décrites ci-dessus est un débat raisonnable qui devrait trouver sa solution dans l'examen objectif des résultats obtenus. Nous pensons que l'évidence qui émerge des résultats disponibles au niveau mondial défend clairement la position en faveur de la réduction des risques :

- Bon nombre d'études ont montré que l'implémentation de services de réduction des risques (information, échange de seringues, traitement accessible) a réduit le taux de transmission du VIH parmi les UDVI.
- Beaucoup de ces études ont notamment examiné si les services de réduction des risques avaient encouragé les UDVI à continuer la pratique de l'injection et à reporter à plus tard le processus de cessation de ce mode d'usage. Aucune n'a pu prouver la validité de cette assertion : les raisons pour lesquelles les usagers choisissent l'injection, ou d'arrêter cette pratique, ne sont pas liées à la disponibilité de services de réduction des risques.
- Dans les pays et régions où la seule option possible est le traitement basé sur l'abstinence, il n'y a pas eu de baisse significative du nombre d'UDVI : ce mode de consommation a continué de se pratiquer, et dans des conditions plus risquées.
- Tous les gouvernements cherchent des moyens pour encourager les UDVI à changer leur pratique et leur style de vie, une tâche rendue difficile du fait qu'ils sont marginalisés et qu'ils se méfient des autorités. Un des meilleurs moyens de leur faire aborder un processus de changement est de leur proposer des services qui répondent à leur besoin immédiat (l'injection propre) ; puis, quand la confiance est établie, on peut alors encourager l'arrêt de leurs comportements dangereux.

Bien qu'il soit possible que notre interprétation de la situation puisse poser questions, nous considérons que le message à transmettre aux décideurs politiques est qu'il est clair, vu les expériences faites dans ce domaine, que la réponse à donner aux épidémies émergentes ou potentielles de VIH relatives à l'usage de drogues par injection se trouve dans l'implémentation de services de réduction des risques bien documentés et ciblés. Si ce type d'action n'est pas envisagé, le taux d'infection continuera de progresser, menant vers une grande augmentation des coûts sociaux et de santé. Il est très préoccupant de voir que la réponse donnée ces dix dernières années à ce problème par les institutions internationales a été inhibée par des désaccords entre les États membres quant à la morale et à la valeur de la réduction des risques. Face à la montée en flèche du taux d'infection dans les pays manquant de ressources et d'expertise pour résoudre seuls le problème, les organisations internationales telles que l'ONUSIDA et l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD) ont mis du temps à réagir et à créer des programmes de soutien technique et financier pour développer des services de soins et de réduction des risques.

LES DÉBATS À L'ONU ET LA RECHERCHE D'UN CONSENSUS

La réduction des risques est un sujet politiquement et diplomatiquement très sensible. Pendant de nombreuses années, les points de vue et expériences très différents exprimés par les États membres n'ont pas permis d'aboutir à un consensus clair, et donc à un plan d'action clair de la part de l'ONUSIDA ou de l'ONUDD. Ces différences politiques sont devenues un sujet central de discussion vers la fin de 2004, notamment au travers d'un échange entre Antonio Costa, Directeur exécutif de l'ONUDD et le Département d'État américain : celui-ci voulait avoir l'assurance que l'ONUDD n'apporterait aucun soutien à des programmes de réduction des risques, ni dans les déclarations politiques, ni dans les programmes soutenus financièrement. Quand cet échange fut publiquement connu, il déclencha des huées de la part des gouvernements et des ONG qui considéraient que les mesures de réduction des risques étaient les composantes essentielles de toute réponse aux épidémies potentielles parmi les usagers de drogues. Les États membres finançant l'ONUDD, et qui sont en faveur de la réduction des risques, ont alors voulu savoir comment une telle décision pouvait être prise sur le simple échange privé entre l'Office et un seul État membre.

Il y eut une tentative de conciliation lors de la réunion annuelle de la Commission des stupéfiants à Vienne, en mars 2005, où les représentants de presque tous les États membres de l'ONU étaient présents. Un débat sur la prévention du VIH mit en lumière les résultats positifs de la

QU'EST-CE QUE L'ONUSIDA ?

Afin de mettre en commun leurs efforts dans la lutte contre le VIH/sida, plusieurs organisations de l'ONU ont créé, en 1996, le *Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida* (ONUSIDA). Les organismes coparrainants sont :

- Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef)
- Programme des Nations unies pour le développement (PNUD)
- Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR)
- Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP)
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)
- Unesco
- Organisation mondiale de la santé (OMS)
- Banque mondiale
- Programme alimentaire mondial (PAM)
- Organisation internationale du travail (OIT)

La mission de l'ONUSIDA est de conduire, renforcer et soutenir une action élargie contre la propagation du VIH et du sida. Cette action couvre : la prévention de la transmission du VIH, l'apport de soins et de soutien aux personnes touchées par la maladie, la minimisation de la vulnérabilité des individus et communautés face au VIH/sida, et l'atténuation de l'impact humain et socio-économique de l'épidémie. L'ONUSIDA milite pour une action mondiale plus efficace, plus large et mieux coordonnée en apportant :

- direction et soutien dans la lutte contre l'épidémie,
- information stratégique et support technique aux efforts et actions contre le sida dans le monde entier,

- repérage, observation et évaluation de l'épidémie et des réponses qui y sont données,
- engagement de la société civile et développement de partenariats stratégiques,
- mobilisation des ressources pour soutenir la prévention et les programmes de soins.

L'ONUSIDA se compose d'un Secrétariat situé à Genève et de bureaux dans plus de 60 pays. Il est dirigé par le Conseil de coordination du programme (CCP) qui se réunit au moins une fois par an. Le CCP est composé de 22 représentants gouvernementaux et des coparrains de l'organisation. Cinq organisations non gouvernementales, une par grande région du monde, en sont membres, mais sans droit de participation aux votes.

Toutes les activités régionales et internationales du Secrétariat et des Coparrainants sont coordonnées par un *Budget-Plan de travail intégré (BPTI)* établi tous les deux ans et qui sert de base pour recueillir les fonds et gérer le budget. Au niveau des pays, des groupes thématiques coordonnent le travail de lutte contre le sida des agences de l'ONU. Les fonds proviennent essentiellement de 32 États membres et avoisinent les 120 millions de dollars américains. Les plus grands donateurs sont les Pays-Bas, la Norvège, les USA, la Suède, le Royaume-Uni et le Japon. En ce moment, l'objectif principal d'ONUSIDA est d'aider les pays à prévoir des actions basées sur l'évidence et l'étendue de l'épidémie.

plupart des mesures de réduction des risques ainsi que les positions idéologiques constantes d'un petit nombre d'États membres. On tenta aussi, lors de cette réunion, d'agréer un projet de résolution soumis par le gouvernement brésilien, lequel demandait à la communauté internationale de soutenir de solides mesures de prévention du VIH parmi les UDVI dans les pays affectés, notamment des services de réduction des risques. Mais, malgré le soutien de nombreux groupes européens et d'Amérique latine pour ce projet de résolution, la délégation américaine opposa son veto (ici, les résolutions ne peuvent être adoptées qu'à l'unanimité) expliquant que, pour le gouvernement des États-Unis, toute mention d'un soutien à la réduction des risques en tant que concept, ou à l'échange de seringues en tant que mesure spécifique, était inacceptable. En l'absence de toute résolution ou de déclaration politique soutenant la réduction des risques, le rôle de l'ONUDC en tant qu'agence exécutive des décisions est sérieusement limité sur l'aide qu'il peut apporter aux pays faisant face à des épidémies liées à l'injection de drogues. Une description détaillée des actes de cette réunion est faite dans le bulletin d'information sur les politiques des drogues du TNI n° 13, intitulé *Les Nations unies et la réduction des risques : réunion revisitée*, téléchargeable depuis le site du PPDFB.

LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION DE L'ONUSIDA : UN PAS EN AVANT ?

Il est clair que les divergences de position entre les divers gouvernements n'ont pas trouvé de solution satisfaisante à Vienne. Mais une autre opportunité de discuter du problème émergea au cours de la réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, fin juin 2005, à Genève. Il s'agit d'une réunion annuelle au cours de laquelle l'orientation politique et les programmes de l'organisme sont agréés par ses États membres.

Au cours de cette réunion, le Conseil examina un projet de stratégie visant à intensifier les mesures de prévention du VIH au niveau mondial. Ce projet incluait un chapitre sur les meilleurs moyens de minimiser les risques d'infection parmi les UDVI, chapitre qui souleva les mêmes désaccords qu'à Vienne. Mais cette fois, le résultat fut beaucoup plus positif : cette stratégie de prévention de l'ONUSIDA, qui fut finalement approuvée, énonce clairement que les mesures de réduction des risques sont la réponse la plus efficace aux épidémies émergentes. Un bref coup d'œil sur la manière dont cette assemblée fut entérinée met en lumière comment ce problème avait été traité les années précédentes :

- Dès le début, les officiels chargés de la rédaction du projet avaient conscience du côté diplomatiquement « sensible » du problème entourant la réduction des risques. Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, tenait absolument à éviter toute impasse susceptible de miner la stratégie toute entière.
- Dans les premiers brouillons du document, les mesures de réduction des risques étaient rédigés dans le même langage évasif que celui de Vienne, ce qui souleva les critiques de plusieurs ONG et gouvernements. Les mécanismes de consultation établis pour élargir la discussion engendrèrent beaucoup de réponses demandant à l'ONUSIDA d'accorder une plus grande importance à l'une des rares mesures de prévention efficaces.
- Courant mai et juin 2005, des semaines de lobbying souterrain s'en suivirent auprès des gouvernements et autres membres du Conseil de coordination du programme (CCP). Les ONG travaillant dans le domaine de la réduction des risques firent pression sur les membres afin qu'ils soutiennent une forte réduction des risques et les Droits de l'Homme, à un moment où les gouvernements essayaient d'évaluer le niveau de soutien qu'ils obtiendraient eux-mêmes s'il adoptaient une position pour ou contre la réduction des risques.
- Pendant ce temps, les experts travaillant au sein des Nations unies tentèrent de clarifier la position des diverses organisations (ONUSIDA, ONUDC et OMS) et diffusèrent, la veille de la réunion, une déclaration commune où il était clairement exprimé qu'il y avait urgence à prendre des mesures de réduction des risques ciblant les UDVI. (Voir, dans l'encadré ci-contre, les paragraphes-clés de cette déclaration).
- Quand les membres se retrouvèrent à Genève, le 27 juin, pour la réunion du Conseil, la délégation des États-Unis avait encore l'intention de faire disparaître du texte tous mots soutenant la réduction des risques. La question-clé était de savoir dans quelle mesure les autres membres du Conseil allaient soutenir la position américaine.
- Le premier jour, une réunion informelle de rédaction fut organisée dans le but de résoudre toute divergence avant que le texte de la stratégie ne soit portée pour approbation finale devant l'ensemble du Conseil. Au cours de cette réunion informelle, il est devenu évident qu'une majorité était en faveur d'une forte promotion des mesures de réduction des risques. Il fut demandé à ceux qui n'étaient pas d'accord de fournir les preuves que ces mesures étaient inefficaces ou nocives, mais personne n'en fut capable.
- Le lendemain chacun se retrouva à la réunion du Conseil où une nouvelle façon d'envisager la question fut proposée : la stratégie de prévention pouvait être approuvée même si elle incluait réduction des risques et échange de seringue, à condition que le gouvernement des États-Unis soit dispensé de participer au

financement, ou de fournir tout autre soutien à ces programmes, et ce, en raison de décisions antérieures prises par le Congrès. La délégation américaine accepta cette proposition. Ainsi, le rapport officiel de la réunion et le texte final de la stratégie de prévention (tous deux disponibles sur le site de l'ONUSIDA) comportent ces agréments.

- La stratégie de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH a été approuvée par tous les États membres et les organismes co-financeurs de l'ONU. Elle comporte un clair appel en faveur de l'expansion de mesures de réduction des risques auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse dans les pays atteints par une épidémie de VIH ou qui risquent de l'être.

EXTRAIT DE LA DÉCLARATION COMMUNE DE L'ONUSIDA SUR LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES

Le meilleur moyen de lutter contre la transmission et l'impact du VIH liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse consiste en l'implémentation d'un ensemble d'interventions comprenant : travail de proximité auprès des UDVI ; accès et mise à disposition d'aiguilles et de seringues stériles ; traitement, et notamment par la substitution ; test de dépistage volontaire et confidentiel, orientation et assistance ; prévention des maladies sexuellement transmissibles incluant préservatifs et traitement des infections ; prise en charge et traitement du VIH/sida incluant une thérapie antirétrovirale ; et prise en charge de soins divers : vaccination contre l'hépatite B et traitement des vaisseaux sanguins.

Il est solidement et scientifiquement prouvé que cet ensemble d'interventions de réduction des risques réduit considérablement l'usage de drogues par injection et les comportements à risques qui y sont liés.

De fait, un tel ensemble prévient, ralentit et endigue l'épidémie de VIH liée à l'usage de drogues par injection. Par ailleurs, il n'y a aucune preuve majeure quant aux conséquences négatives que pourrait avoir cet ensemble d'interventions telles que par exemple l'initiation à l'usage par voie intraveineuse d'individus qui n'avaient jamais auparavant utilisé ce mode, ou l'augmentation dans le temps de la fréquence d'usage de drogues.

QUELLES SONT LES PROCHAINES ÉTAPES ?

Espérons que l'agrément sur la stratégie de prévention de l'ONUSIDA et la publication de la déclaration commune ONUSIDA/ONUDD/OMS mettront fin aux tergiversations quant aux réponses à donner aux épidémies liées à l'injection de drogues. Elles posent un réel et gros problème à la santé publique, peuvent évoluer rapidement et nécessitent, de la part des organisations internationales et des gouvernements donateurs, une riposte de grande envergure et bien documentée.

Cette réunion de l'ONUSIDA procure donc un mandat pour des actions appropriées, encore faut-il que cela se traduise sur le terrain par des programmes de prévention efficaces. Le passage à l'action est nécessaire sur trois fronts :

- Les officiels de l'ONUSIDA devrait établir un plan d'action détaillé sur la prévention de la transmission du VIH par injection pour les pays les plus affectés. Ce plan devrait lister les pays prioritaires, évaluer l'épidémie (et les politiques et programmes appropriés) pour chacun des pays, puis proposer une aide financière et technique aux autorités de chaque pays concerné.
- Les gouvernements donateurs devraient proposer leurs vues sur la façon d'augmenter leur soutien aux actions de prévention du VIH auprès des UDVI, soit par le biais des dispositifs de l'ONU ou au travers d'accords bilatéraux. Comme les États-Unis (plus gros financeurs au monde des programmes VIH) ont refusé de soutenir le travail de réduction des risques, il faut que d'autres gouvernements donateurs soutiennent les actions décidées en fonction des besoins des pays affectés.
- Afin d'entériner l'acceptation générale d'actions de prévention du VIH après des usagers de drogues, une résolution devrait être soumise lors de la réunion de 2006 de la Commission des stupéfiants, agréant le texte de la stratégie de prévention de l'ONUSIDA, et demandant à l'ONUDD d'en soutenir l'implémentation.

Atteindre un consensus mondial sur un sujet concernant la vie ou la mort de millions de personnes a prit du temps. Les épidémies de VIH liées à l'usage de drogues se sont développées de façon démesurée dans de nombreux pays. Cette tragédie continuera de sévir si les termes approuvés à Genève ne sont pas suivis d'actions de la part des responsables de la protection sanitaire de tous les citoyens.

BIBLIOGRAPHIE

Déclarations des Nations unies sur la prévention du VIH auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse

Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Session extraordinaire de l'AG des Nations unies sur le VIH/sida, 25-27 juin 2001, NY

Leadership Statement : Injecting drug use and HIV/AIDS
Bangkok, 11-16 juillet 2004

Intensifying HIV prevention. UNAIDS policy position paper. Sur le site de l'UNAIDS (ONUSIDA en anglais), juillet 2005

Joint UNAIDS statement on HIV prevention and care strategies for drug users. Sur le site de l'UNAIDS, juin 2005

Recherches sur VIH et usage de drogue par injection

Aceijas C, Hickman M, Stimson G, Rhodes T (2004). "Global overview of HIV among injecting drug users" *AIDS* 18 :2295-2302

Rhodes T, Simic M (2005). "Transition and the HIV risk environment", *British Medical Journal*, 331: 220-223.

Rhodes T, Ball A, Stimson G. et al. (1999b). "HIV infection associated with drug injecting in the Newly Independent States, eastern Europe: the social and economic context of epidemics", *Addiction* 94: 1323-1336.

Rhodes T, Stimson G, Crofts N, Ball A, Dehne K, Khodakevich L (1999a). "Drug injecting, rapid HIV spread and the risk environment", *AIDS* 13 (supplement A): S259-S269.

Principes de prévention

WHO Europe (1998). *Principals for preventing HIV infection among drug users*. WHO Europe, Copenhagen

UNAIDS/UNDCP. *Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons learned. Case Studies Booklet. Central and Eastern Europe and the Central Asian States*. ODCCP Studies in drugs and crime monographs. UNAIDS Best practice collection. Vienna, Geneva, avril 2001

American Foundation for AIDS Research (2005). *The effectiveness of harm reduction in preventing the transmission of HIV/AIDS*. AmfAR, New York. www.amfar.org/binary-data/AMFAR_PPOLICY_BINARY/binary_file/14.pdf

Échange de seringues

WHO, UNAIDS & UNODC (2004). *Policy Brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission*. www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/

Wodak A & Cooney A (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Evidence for Action technical papers. Geneva: WHO. www.who.int/hiv/pub/idu/pubidu/en/

Hurley S, Jolley DJ & Kaldor JM (1997). "Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection" *The Lancet* 349 (9068): 1797-1800.

Travail de proximité et de bas-seuil

Needle RH, Burrows D, Friedman S, Dorabjee J, Touzé G, Badrieva L, Grund JPC, Suresh Kumar M, et al (2004). *Evidence for action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: WHO. www.who.int/hiv/pub/idu/idu/en/

Traitement de substitution

Gowing L, Farrell M, Bornemann R & Ali R (2004). "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection". In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Chichester, UK, John Wiley & Sons Ltd.

World Health Organization (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention* - WHO/UNODC/UNAIDS position paper www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/