



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

UNAIDS/PCB(30)12.CRP.2
24 mai 2012

**30^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme
de l'ONUSIDA
Genève, Suisse
5-7 juin 2012**

Document de séance

Étude de cas de région : Europe orientale et Asie centrale

**Renforcement de la réduction des risques et développement
de la couverture des services destinés aux
consommateurs de drogues injectables**

I. Introduction

1. Lors de sa 24^{ème} réunion de juin 2009, le Conseil de Coordination du Programme a demandé au Secrétariat et aux Coparrainants de l'ONUSIDA, en particulier l'UNODC, « *d'élargir et de renforcer considérablement leurs activités avec les gouvernements nationaux pour corriger la couverture inégale et relativement faible des services dédiés aux consommateurs de drogues injectables et élaborer des modèles complets pour la fourniture de services appropriés à l'intention des consommateurs de drogues injectables* ».
2. *La réduction de moitié de la transmission du VIH chez les personnes qui consomment des drogues injectables d'ici à 2015* est l'un des objectifs stipulés dans la *Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011* adoptée par les États Membres des Nations Unies en juin 2011.
3. La région Europe orientale et Asie centrale enregistre l'épidémie de VIH concentrée qui est la plus récente et se propage le plus rapidement parmi des populations clés, notamment les consommateurs de drogues injectables (CDI). Depuis 2004, l'ONUSIDA¹ a intensifié son appui aux pays de la région, principalement pour la prévention du VIH parmi les populations clés. Ce document présente les principales réalisations dans la région ainsi que les principales difficultés. Il inclut également les résultats des recherches récentes conduites avec l'appui de l'ONUSIDA qui montrent que le développement des services de réduction des risques, en particulier les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de substitution aux opiacés, peuvent réduire de façon significative les infections à VIH.

¹ Le Secrétariat et les Coparrainants de l'ONUSIDA.

Aperçu de la manière dont l'ONUSIDA peut faire la différence

Du fait des interventions du Programme commun dans la région :

- Le plaidoyer, l'appui technique et le développement de partenariats conduits par l'ONUSIDA ont favorisé des examens des lois et des politiques, et des réformes ultérieures (ex : élargissement de l'accès à la prévention du VIH dans les prisons et les milieux fermés dans la région, et mise à disposition d'antagonistes des opiacés pour prévenir les overdoses et les rechutes au Kazakhstan).
- Entre 2000 et 2009, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de substitution aux opiacés ont été multipliés par trois en moyenne dans la région.
- La collecte et l'analyse d'informations et de données factuelles ont permis d'acquérir une meilleure connaissance de la riposte. Une étude portant sur huit pays constate que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ont permis d'éviter un pourcentage d'infections à VIH de 10 à 40 % et que la diminution des hépatites virales C a permis de réaliser des économies de coûts avec un retour sur investissement médian de 1,6-2,7 fois l'investissement initial.
- Le Kazakhstan et la Moldavie ont été choisis pour illustrer les réalisations dans le présent rapport. Dans ces deux pays, l'ONUSIDA a fourni un appui dans les composantes suivantes du programme national :
 - Réformes des lois (ex : le Kazakhstan a élaboré un programme qui fournit des solutions alternatives à l'incarcération des délinquants qui consomment des drogues et ont commis des délits non violents)
 - Élargissement et intensification importants des programmes et des capacités (en Moldavie, des services complets sont proposés aux consommateurs de drogues injectables, y compris dans le secteur public et le secteur pénitentiaire, qui incluent une réhabilitation et une réintégration sociale. L'approche globale de la réduction des risques a permis de réduire la prévalence du VIH chez les CDI de 80 % en 2000 à 16 % en 2011).

II. Résumé

Situation de la région

4. Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Europe orientale et Asie centrale a pratiquement triplé depuis 2000 et atteint une population estimée à 1,5 million de personnes en 2010, ce qui correspond à une prévalence du VIH de 0,9 %.
5. Beaucoup de pays de la région ont enregistré des hausses rapides du nombre de nouvelles infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables du fait de pratiques d'injection sans respect de l'hygiène. Entre 2000 et 2009, l'incidence du VIH a augmenté de plus de 25 % dans cinq pays de la région : Arménie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan et Tadjikistan. En Europe orientale, on estime que 57 % de l'ensemble des nouvelles infections sont imputables à la consommation de drogues injectables.
6. En Europe orientale et Asie centrale, 3,7 millions environ de personnes consomment des drogues injectables et l'on estime que le quart d'entre elles sont séropositives au VIH, le virus se transmettant très facilement lors du partage de matériel d'injection contaminé.

Principales réalisations et principaux progrès

7. Des examens des lois et des politiques réalisés dans la région se sont traduits par des réformes législatives qui facilitent l'accès des consommateurs de drogues aux services. L'amélioration des politiques a aussi permis d'élargir l'accès à la prévention du VIH dans les prisons et les milieux fermés.
8. Une étude portant sur huit pays de la région², facilitée et partiellement financée par l'ONUSIDA, a révélé que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ont été efficaces pour réduire les risques liés au partage d'aiguilles, ont entraîné une réduction de l'incidence du VIH et du VHC (virus de l'hépatite C) chez les consommateurs de drogues injectables, et constituent une stratégie de prévention qui présente un excellent rapport coût-efficacité pour la région. Sur la période couverte, on estime que les programmes d'échange ont permis de réduire le pourcentage d'infections à VIH dans les huit pays de 10 à 40 % et d'éviter des infections à VHC, dans des proportions inférieures toutefois (~5-25 %).
9. Entre 2005 et 2010, les investissements financiers consacrés aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ont fortement augmenté dans la région. Le nombre moyen d'aiguilles/de seringues distribuées et la proportion de consommateurs de drogues injectables atteints par ces interventions dans les huit pays ont augmenté de plus de 300 %. Pour l'ensemble des pays, les niveaux déclarés de partage de matériel d'injection ont diminué parallèlement à l'augmentation des distributions d'aiguilles/de seringues par personne.
10. On a également découvert que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues permettent déjà de réaliser des économies de coûts ou présentent déjà un bon rapport coût-efficacité³ à court terme *pour ce qui concerne seulement le VIH* dans quatre des huit pays (Arménie, Bélarus, Kazakhstan et Ukraine), présentent un bon rapport coût-efficacité dans deux pays (Moldavie et Tadjikistan), mais ne

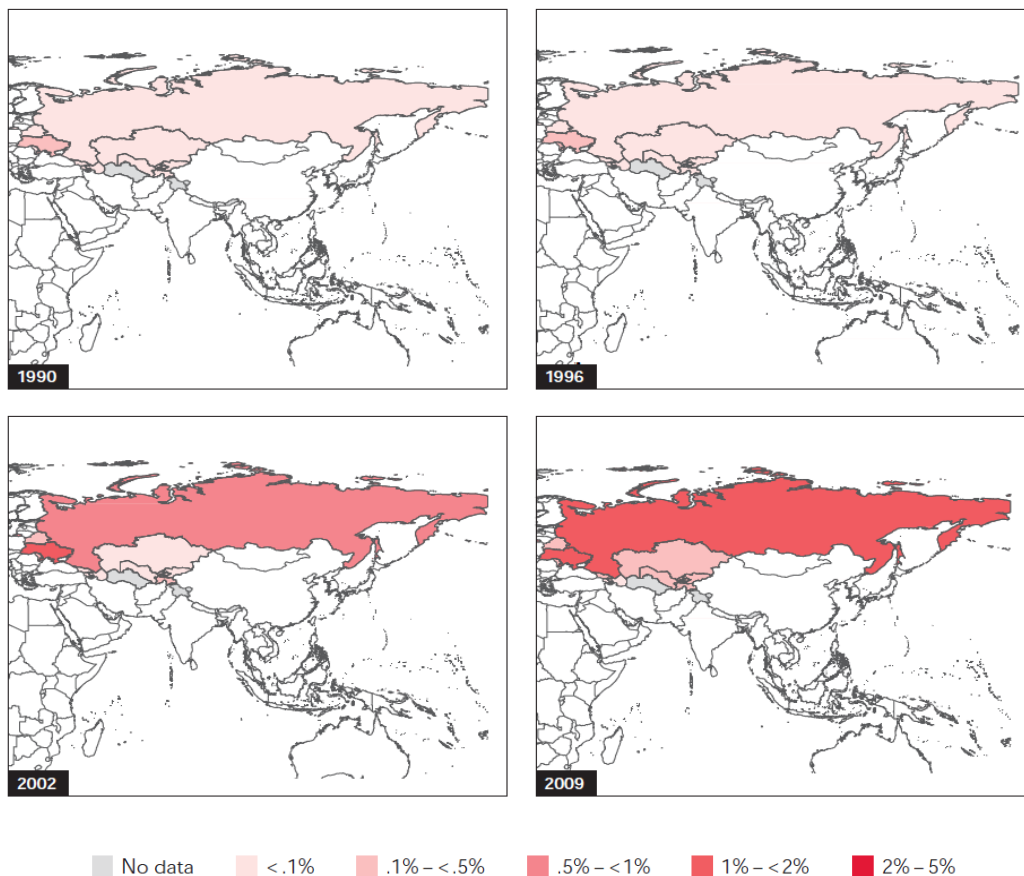
² Arménie, Bélarus, Estonie, Géorgie, Kazakhstan, Moldavie, Tadjikistan et Ukraine.

³ Selon les seuils OMS-CHOICE, les interventions sont définies comme présentant un bon rapport coût-efficacité si le coût par années de vie en bonne santé gagnées est inférieur au PIB par habitant.

présentent pas encore un bon rapport coût-efficacité dans deux pays (Estonie et Géorgie).

11. Bien que les programmes de réduction des risques ciblant les consommateurs de drogues injectables de la région aient été développés depuis 2000, on ne dispose que de l'équivalent d'un cent de dollar américain par jour et par personne pour financer les programmes de prévention destinés à ce groupe de population clé dans la région. Cela est insuffisant pour couvrir la fourniture de matériel d'injection propre et les traitements de substitution aux opiacés nécessaires pour réduire le nombre de nouvelles infections. Des progrès ont été enregistrés grâce aux subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et à l'appui technique de l'ONUSIDA et d'autres partenaires. Toutefois, les récentes décisions du Conseil du Fonds mondial pourraient avoir un impact préjudiciable sur les programmes de réduction des risques et les programmes de lutte contre le VIH dans la région Europe orientale et Asie centrale.

Carte 1. Prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans en Europe orientale et Asie centrale (1990 à 2009)



III. Généralités

12. La région Europe orientale et Asie centrale⁴ est la seule région où la prévalence du VIH augmente. Le nombre de personnes vivant avec le virus dans la région a

⁴ Pour l'ONUSIDA, la région Europe orientale et Asie centrale inclut les pays suivants : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Géorgie, Kazakhstan, Moldavie, Kirghizistan, Fédération de Russie, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine et Ouzbékistan. Les états baltes

presque triplé depuis 2000 et atteint une population estimée à 1,5 million de personnes en 2010, ce qui correspond à une prévalence du VIH de 0,9 %. Dans la région, les épidémies de VIH sont principalement concentrées parmi les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe, et, dans une moindre mesure, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). En 2010, la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables de la région allait de 38 % en Géorgie, à 40 % en Fédération de Russie et à 77 % au Kazakhstan⁵.

13. En 2010, on estimait à 160 000 le nombre de personnes qui ont été infectées par le VIH et à 90 000 le nombre de décès dus au sida. C'est en Russie et en Ukraine que l'on enregistre près de 90 % des diagnostics de VIH nouvellement déclarés dans la région, mais les estimations relatives aux infections révèlent qu'il y a un nombre significatif de personnes infectées par le virus au Bélarus (17 000), au Kazakhstan (13 000) et en Ouzbékistan (28 000)⁶.
14. Le partage de matériel d'injection contaminé est le mode de transmission du VIH le plus important dans la région. En Europe orientale et Asie centrale, près de 3,7 millions de personnes consomment des drogues injectables et l'on estime qu'un quart d'entre elles vivent avec le VIH.

IV. Lutter contre l'épidémie de VIH dans la région

15. La consommation de drogues injectables est à l'origine d'une très vaste majorité des nouvelles infections à VIH dans la région et les données factuelles indiquent qu'un ensemble complet d'interventions structurelles, biomédicales et comportementales est efficace pour réduire les comportements à risque, prévenir les infections à VIH et faciliter l'accès au traitement et aux soins des consommateurs de drogues injectables^{i,ii,iii,iv}. Le Guide technique élaboré par l'OMS, l'UNODC et l'ONUSIDA en 2009 a été avalisé par un certain nombre d'instances⁷ et son utilisation promue dans la région. Pour la première fois, le système des Nations Unies a clairement défini les composantes programmatiques de la réduction des risques dans le contexte du VIH qui sont détaillées dans un guide technique commun à l'intention des pays pour leur permettre de fixer leurs objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables (Guide technique de l'OMS, l'UNODC et l'ONUSIDA).

A. Environnement juridique

16. Les programmes, les politiques et les lois fondés sur le concret et les droits sont des catalyseurs essentiels de la riposte au VIH. Grâce à son plaidoyer permanent, son appui technique et au développement de partenariats, l'ONUSIDA a favorisé des coalitions transparentes, fondées sur les droits humains et respectueuses de ceux-ci entre différents secteurs et différentes communautés nationales et internationales œuvrant contre les épidémies de VIH pour renforcer l'architecture des lois et des politiques afin de soutenir des programmes efficaces. Les examens des lois et des politiques dans la région ont entraîné des réformes législatives en Asie centrale⁸. En Ouzbékistan, des antagonistes des opiacés (naloxone et naltrexone) ont été mis à disposition pour prévenir les overdoses et les rechutes en 2010, et le Kazakhstan a

(Estonie, Lettonie et Lituanie) ne sont pas inclus dans la région Europe orientale et Asie centrale telle que définie par l'ONUSIDA, mais sont mentionnés dans cette étude de cas.

⁵ Source : Données de surveillance sentinelle dans les capitales tirées du Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida de 2010.

⁶ Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida de 2010.

⁷ La Commission des stupéfiants, le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA et le Conseil économique et social (ECOSOC) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁸ www.unodc.org/centralasia

validé un programme visant à développer des solutions alternatives à l'incarcération des délinquants consommateurs de drogues ayant commis des délits non violents. L'accès à la prévention du VIH dans les prisons et les milieux fermés a aussi été élargi grâce à une amélioration des politiques défendue par l'ONUSIDA. L'UNODC, la Banque mondiale et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont conjointement organisé la 5^{ème} Conférence interparlementaire des pays d'Asie centrale en juin 2010. Ultérieurement, l'Azerbaïdjan a approuvé une nouvelle loi sur le VIH incluant des dispositions pour améliorer l'accès à la prévention, au traitement et aux soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables et les personnes incarcérées.

B. Programmes ciblés

17. Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de substitution aux opiacés ont été développés dans la région au cours des dernières années avec l'appui de la famille de l'ONUSIDA, et en particulier l'UNODC. Les investissements consacrés aux programmes d'échange d'aiguilles ont été substantiellement augmentés entre 2005 et 2010 ; le nombre moyen d'aiguilles/de seringues distribuées et la proportion de consommateurs de drogues injectables atteints par ces interventions dans les huit pays ont augmenté de plus de 300 %. Entre 2000 et 2009, la couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues a été multipliée par trois en moyenne, avec des augmentations significatives au Bélarus (de 16 % en 2005 à 64 % en 2010) et en Ukraine (de 12 % en 2005 à 59 % en 2010).
18. Les taux de couverture des neuf interventions⁹ qui constituent les composantes de la réduction des risques (OMS /UNODC/ONUSIDA) varient beaucoup à travers la région. Par exemple, le pourcentage de consommateurs de drogues injectables atteints par des programmes de prévention du VIH va de 1,7 % en Azerbaïdjan à plus de 60 % au Tadjikistan, avec une moyenne régionale de 32,1 %.
19. Peu de pays de la région distribuent plus de 100 aiguilles et seringues par CDI par an¹⁰. La distribution va de 4 en Russie à 20-30 au Bélarus, en Ukraine, en Arménie et en Moldavie, et à 150 au Kazakhstan. Le Kazakhstan et l'Arménie ont commencé à mettre en œuvre des projets pilotes de traitement de substitution aux opiacés en 2009 et le Tadjikistan en 2010. Bien que ce traitement soit soutenu par les politiques dans la région, la couverture des programmes de traitement de substitution aux opiacés demeure faible. Trois pays ne fournissent aucun traitement de substitution : la Fédération de Russie, le Turkménistan et l'Ouzbékistan.
20. Pour tous les pays, les niveaux déclarés de partage de matériel d'injection ont diminué après que le nombre d'aiguilles/de seringues distribuées par personne ait été augmenté.

C. Informations stratégiques et efficacité des programmes

21. L'ONUSIDA et ses partenaires ont renforcé les capacités de la région à utiliser des données et des outils pour améliorer la connaissance des épidémies de VIH et des ripostes. Cela correspond à une approche concertée visant à consolider les données

⁹ 1. Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, 2. Traitement de substitution aux opiacés et autres traitements de la toxicomanie, 3. Conseil et test du VIH, 4. Traitement antirétroviral, 5. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles, 6. Programmes de distribution de préservatifs pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels, 7. Information, éducation et communication ciblées sur les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels, 8. Vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale, et 9. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.

¹⁰ Niveaux de seuil basés sur des études portant sur les niveaux de distribution de seringues et l'impact sur la transmission du VIH (dans les pays développés). Les niveaux requis pour prévenir le VHC sont susceptibles d'être beaucoup plus élevés (OMS/UNODC/ONUSIDA)

factuelles et les informations stratégiques utilisées par les programmes nationaux pour établir les priorités et prendre des décisions. Des compétences et des ressources techniques ont été fournies par l'ONUSIDA pour mettre en œuvre la collecte et l'analyse de données pour les études sur les « modes de transmission », les méthodes de projection, la triangulation des données et l'évaluation des coûts. Les premiers résultats mettent en lumière une connaissance plus nuancée des épidémies dans les pays, ce qui a conduit à une meilleure hiérarchisation des priorités au sein de la planification nationale en Arménie et en Moldavie.

22. L'ONUSIDA a aussi aidé à l'examen de données factuelles et facilité des études sur les domaines prioritaires menées conjointement avec le gouvernement national, des instituts universitaires et spécialisés et des communautés affectées. Les récents travaux incluent :
 - a) un examen de l'efficacité et du rapport coût-efficacité des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues¹¹ dans huit pays,
 - b) une étude sur l'accès au traitement et aux soins pour les consommatrices de drogues en Fédération de Russie, et
 - c) des recherches pour générer des données factuelles plus complètes sur les jeunes consommateurs de drogues injectables et l'initiation à la consommation de drogues injectables dans quatre pays (Bosnie, Moldavie, Serbie et Ukraine) (avec l'appui de l'UNICEF).
23. Huit pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont participé à des recherches pour générer des données factuelles sur les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et la transmission du VIH et du VHC (Arménie, Bélarus, Estonie, Géorgie, Kazakhstan, Moldavie, Tadjikistan et Ukraine)¹² (Wilson, 2012). Cette étude a fait partie d'une étude régionale sur la réduction des risques à laquelle l'ONUSIDA a apporté son soutien au niveau régional et à l'échelon des pays. Des séminaires régionaux ont été organisés, avec des personnes chargées de la conservation des données et des experts clés de chaque pays, qui portaient sur l'évaluation rigoureuse des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans cette région géographique. L'ONUSIDA a fourni des formations et un appui pour trianguler les données des pays sur l'épidémiologie, les comportements, la couverture et les coûts des programmes, et les coûts des soins de santé ainsi que pour synthétiser et interpréter les données afin d'établir un consensus sur les hypothèses et les scénarios avec les représentants des pays et des chercheurs indépendants. Les résultats ont été ultérieurement analysés par un consortium régional.
24. Les résultats de l'étude montrent que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ont effectivement réduit le risque de transmission lié à des pratiques d'injection sans respect de l'hygiène et entraîné une réduction de l'incidence du VIH et du VHC chez les consommateurs de drogues injectables. C'est une stratégie de prévention qui présente un excellent rapport coût-efficacité pour la région. Sur la période, on estime que les programmes d'échange ont permis d'éviter un pourcentage d'infection à VIH de 10 à 40 % dans les huit pays, mais un pourcentage plus faible d'infections à VHC (~5-25 %).
25. On a découvert que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues permettent déjà de réaliser des économies de coûts ou présentent un bon rapport coût-efficacité dans quatre des huit pays, présentent seulement un bon rapport coût-efficacité dans deux pays mais ne présentent pas encore un bon rapport coût-

¹¹ Financement et appui technique : ONUSIDA, Banque mondiale. Financement : Gouvernement australien, ARC.

¹² Wilson et al. 2012. The cost-effectiveness of needle-syringe exchange programs in Eastern Europe and Central Asia: costing, data synthesis, modeling and economics for eight case study countries. (en anglais seulement)

efficacité dans deux pays. Au vu des avantages supplémentaires pour la santé liés au fait d'avoir évité des infections à VHC, ou des avantages en termes de durée de vie liés au fait d'avoir évité des infections à VIH, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues présentaient d'excellents ou de bons rapports coût-efficacité dans tous les pays, avec un retour sur investissement médian de 1,6-2,7 fois l'investissement initial.

D. Difficultés

26. Malgré un développement mis en œuvre relativement tôt, les services globaux visant à prévenir la propagation du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables restent insuffisants. Bien que des progrès aient été enregistrés pour prévenir le VIH, la couverture des programmes de prévention ciblant les populations fortement exposées au risque d'infection demeure médiocre et doit être renforcée de façon significative. Des données factuelles indiquent qu'un élargissement et une intensification des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pourraient entraîner des progrès supplémentaires substantiels au niveau de la santé et des économies de coûts, et présenter un excellent rapport coût-efficacité. Réduire l'ampleur des services se traduirait par une diminution de ceux-ci et conduirait à une recrudescence de la propagation du VIH et du VHC parmi les consommateurs de drogues.
27. L'ONUSIDA a contribué à la mobilisation de ressources pour élargir les programmes de réduction des risques visant les consommateurs de drogues injectables dans la région et joué un rôle déterminant pour obtenir des subventions du Fonds mondial ainsi que l'appui d'autres partenaires. En novembre 2011¹³, le Conseil du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a pris une série de décisions susceptibles d'avoir un impact préjudiciable sur les programmes de riposte au VIH en Europe orientale et Asie centrale. La Série 11 a en effet été annulée et remplacée par un mécanisme de financement transitoire qui fournit un montant limité de nouveaux fonds de façon plus restrictive. Les politiques relatives au renouvellement des subventions ont été revues et stipulent que la reprogrammation doit être axée sur des « services essentiels ». Une nouvelle règle a en outre été instaurée selon laquelle 55 % de l'ensemble des financements doivent aller à des pays à revenu faible.
28. Il faut supprimer un certain nombre d'obstacles structurels pour permettre un développement des services. Il faudra augmenter encore les ressources intérieures ou nationales pour maintenir et élargir la couverture des interventions de réduction des risques dans la région, en particulier les traitements de substitution aux opiacés et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.
29. Les données factuelles propres à chaque pays, notamment les études sur les modes de transmission, doivent continuer d'éclairer la mise à grande échelle de la prévention dans la région, y compris les programmes de réduction des risques et d'échange d'aiguilles et de seringues. Bien que les récents signalements de cas dans certains pays d'Europe orientale et d'Asie centrale indiquent un nombre croissant d'infections par voie sexuelle hétérosexuelle, cette tendance doit être replacée dans le contexte plus large de l'épidémie de VIH. Comme celle-ci se propage des consommateurs de drogues injectables (principalement des hommes) à leurs partenaires sexuelles, la proportion de femmes vivant avec le virus en Europe orientale et Asie centrale est susceptible d'augmenter. En 2009, les femmes

¹³ Voir la Décision Point GF/B25/DP16 concernant la Modification des politiques et des processus liés au renouvellement des subventions et le passage à de nouveaux critères de financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Rapport de la vingt-cinquième réunion du Conseil. Accra, Ghana, 21-22 novembre 2011.

représentaient 45 % des personnes vivant avec le VIH en Ukraine, contre 37 % en 1999.

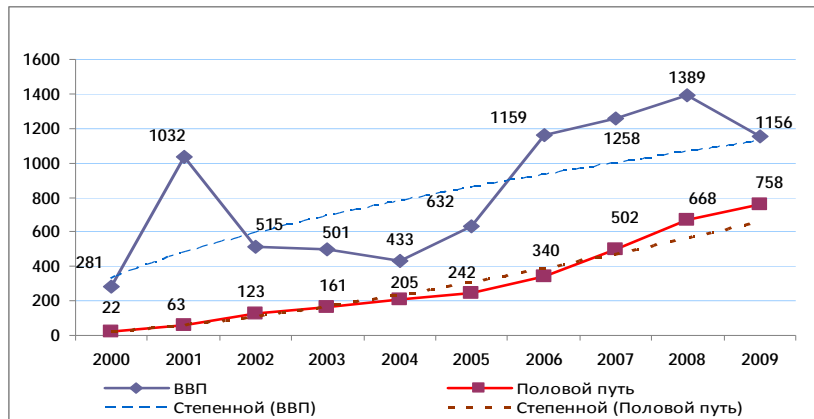
30. Alors que l'épidémie se développe, on enregistre un nombre croissant d'infections à VIH chez les partenaires sexuel(le)s des consommateurs de drogues injectables et des personnes qui consomment des drogues stimulantes (par voie d'injection ou non). Les épidémies de VIH en Asie du Sud-Est affichaient des caractéristiques similaires à la fin des années 1990. Ces tendances soulignent à quel point il est important de consolider et d'élargir les programmes et les messages de prévention destinés aux populations de consommateurs de drogues, et de s'attaquer parallèlement aux pratiques d'injection et aux comportements sexuels à risque parmi ces populations.
31. Deux pays de la région ont été choisis pour illustrer les réalisations et les progrès enregistrés – avec l'appui de l'ONUSIDA – en direction d'une réduction de la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables de la région. Il s'agit du Kazakhstan et de la Moldavie.
32. Le programme de réduction des risques du Kazakhstan a été le premier en Asie centrale. Le Secrétariat de l'ONUSIDA et la Fondation Soros ont joué un rôle essentiel pour mettre en place un programme de réduction des risques en 1997. Le développement du programme a été rendu possible grâce au soutien permanent apporté au gouvernement par l'ONUSIDA et d'autres partenaires, notamment pour mobiliser des ressources auprès du Fonds mondial. Dans la mesure où le Kazakhstan ne satisfera plus aux critères d'admissibilité aux subventions du Fonds mondial ou à d'autres financements au-delà de 2015, le gouvernement reprend progressivement à sa charge les coûts des programmes de réduction des risques.
33. La République de Moldavie a été l'un des premiers pays de la région à lancer un programme de réduction des risques destiné aux consommateurs de drogues injectables dans le secteur public et dans le secteur pénitentiaire en 2000. Avec le soutien de l'ONUSIDA, le leadership et l'engagement du pays se sont traduits par l'intégration de la question de la réduction des risques dans les lois de 2003 et de 2007 sur le sida, avec une mise en œuvre de services complets de l'ONUSIDA/l'OMS/l'UNODC pour les consommateurs de drogues injectables, une mise à disposition du secteur public et du secteur pénitentiaire d'un traitement à la méthadone ainsi que des dispositifs de réhabilitation et de réintégration sociale des consommateurs de drogues injectables. Cette approche a entraîné une réduction efficace de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables de 80 % en 2000 à 16 % en 2011.

V. Réduction des risques au Kazakhstan

34. La transmission du VIH liée à des pratiques d'injection sans respect de l'hygiène demeure la principale cause des nouvelles infections au Kazakhstan. La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables reste la plus élevée parmi les populations les plus exposées au risque d'infection. Même parmi les professionnel(le)s du sexe et les HSH, le VIH est essentiellement limité à ceux et celles qui s'injectent (ou se sont injecté) des drogues.
35. En 2010, la majorité des nouvelles infections à VIH déclarées chez les hommes étaient imputables à des pratiques d'injection sans respect de l'hygiène (72 %). On constate aussi un nombre croissant de cas chez les femmes et 25 % de l'ensemble des nouvelles infections déclarées chez les femmes sont imputables à de telles

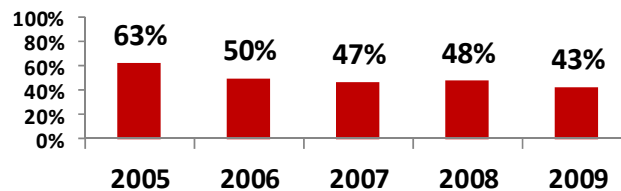
pratiques (2010). Le pourcentage de personnes de moins de 25 ans qui consomment des drogues injectables a diminué de 28 % en 2005 à 15 % en 2009, mais il a augmenté à 35 % chez les personnes de plus de 35 ans.

Graphique 1. Courbe du haut : nouvelles infections à VIH imputables à la consommation de drogues injectables. Courbe du bas : nouvelles infections à VIH imputables à des rapports sexuels hétérosexuels (source : signalement de cas au niveau national).

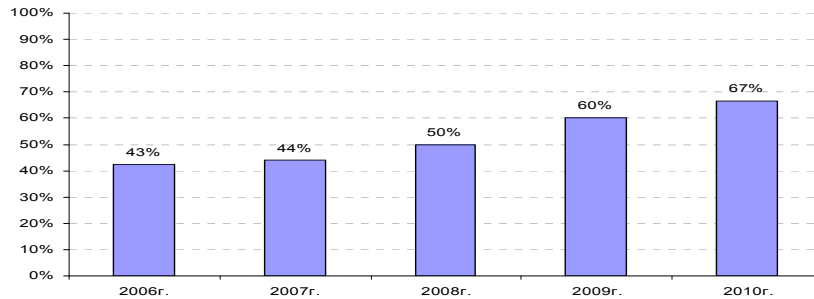


36. Le premier programme de réduction des risques a été lancé en 1997 en réponse à un fort développement du VIH chez les consommateurs de drogues injectables dans la ville de Temirtaou. L'introduction de telles interventions de santé publique qui ne bénéficient traditionnellement pas de l'appui des professionnels ou de la population générale a témoigné d'un leadership audacieux de la part des pouvoirs publics.
37. Les programmes de réduction des risques au Kazakhstan ont été développés avec le soutien des subventions du Fonds mondial, obtenues grâce à l'appui de l'ONUSIDA et d'autres partenaires. Ce soutien a aussi inclus un appui technique, en particulier de la part de l'UNODC, pour l'analyse des lois et des politiques en vue de préparer des réformes législatives en Asie centrale (Azerbaïdjan, Kazakhstan, Kirghizistan, Tadjikistan, Turkménistan et Ouzbékistan). En Azerbaïdjan, l'analyse a conduit au vote d'une nouvelle loi sur le VIH prévoyant d'améliorer l'accès à la prévention, au traitement et aux soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables et les personnes incarcérées. Au Kazakhstan, des solutions alternatives à l'incarcération des délinquants consommateurs de drogues ayant commis des délits non violents ont été développées avec l'aide de l'UNODC et un programme a été avalisé. En Ouzbékistan, des antagonistes des opiacés (naloxone et naltrexone) ont été mis à disposition pour prévenir les overdoses et les rechutes.
38. En Estonie et en Lituanie, les interventions ont effectivement entraîné une réduction des comportements à risque constatée lors d'enquêtes, ce qui semble indiquer une progression des pratiques d'injection dans le respect de l'hygiène dans le pays et une réduction du partage à la fois des matériels d'injection et des seringues.

Graphique 2. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui déclarent avoir partagé leur matériel d'injection lors de leur dernière injection, BBS 2005-2009.



Graphique 3. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables atteints par des programmes de prévention du VIH, 2006-2010.



39. Le Kazakhstan est l'un des huit pays qui ont participé à l'étude régionale sur les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. Dans ce pays, ces programmes ont présenté un excellent rapport coût-efficacité pour prévenir le VHC et le VIH entre 2000 et 2010. On estime avoir gagné de 78 606 à 85 616 années de vie en bonne santé en évitant de nouveaux cas d'infection à VIH et à VHC grâce à la mise en œuvre des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. Le coût moyen par année de vie en bonne santé gagnée a été estimé à USD 312-352. Les économies au niveau des coûts de santé ont totalisé USD 2,31-2,60 millions.

Graphique 4. Barre de gauche : nombre moyen de seringues par consommateur de drogues injectables. Barre de droite : nombre moyen de seringues par consommateur de drogues injectables atteint par les services.

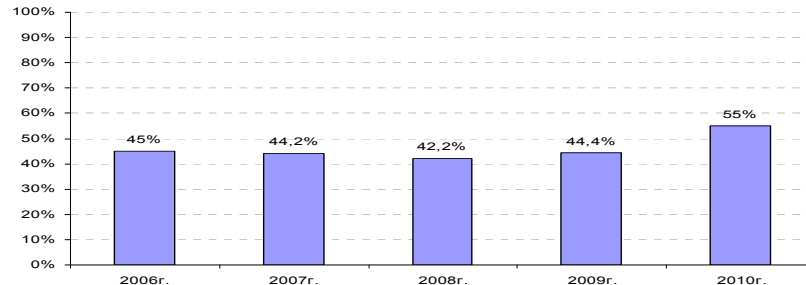


40. Élargir la portée et la disponibilité géographique du traitement de substitution aux opiacés est un autre impératif pour la riposte nationale au sida. Il faut de toute urgence que le traitement de substitution aux opiacés devienne au Kazakhstan une solution de traitement contre la dépendance à l'héroïne. Ce traitement est essentiel pour réduire l'incidence du VIH dans des lieux où la prévalence du virus est élevée parmi les consommateurs de drogues injectables. Cependant, 102 personnes seulement ont été admises dans des programmes de traitement de substitution aux opiacés à Pavlodar, Temirtau et Oust-Kamenogorsk en 2010.

41. Le nombre croissant d'infections transmises sexuellement par des consommateurs de drogues injectables séropositifs au VIH à leur(s) partenaire(s) sexuelle(s) représente l'un des autres problèmes émergents. Bien que les consommateurs de drogues injectables reçoivent des préservatifs dans le cadre des programmes de réduction des risques (7 099 650 unités distribuées en 2009), le taux d'utilisation des préservatifs avec le principal partenaire sexuel est habituellement faible dans la

population générale ainsi que parmi les consommateurs de drogues injectables, en particulier lorsqu'ils n'ont pas connaissance de leur séropositivité au VIH.

Graphique 5. Pourcentage des consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.



42. En 2010, 55 % des consommateurs de drogues injectables déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Ce pourcentage ne cesse d'augmenter parmi ceux qui ont moins de 25 ans (65 % en 2010, 60,5 % en 2009, 55,5 % en 2008) mais il est plus faible parmi les plus de 25 ans (54,7 % en 2010, 43,1 % en 2009, 36,7 % en 2008). En 2010, les consommateurs de drogues injectables déclaraient un taux d'utilisation des préservatifs plus élevé que les consommatrices de drogues injectables, soit 56,3 % et 48,3 % respectivement.
43. La fourniture de conseils de prévention du VIH et de santé sexuelle et reproductive aux couples sérodiscordants par l'intermédiaire des services de prévention existants qui accueillent des consommateurs de drogues injectables est essentielle. Le Programme commun travaille avec le Conseil national de lutte contre le sida pour faire évoluer le modèle actuel du programme d'échange d'aiguilles et de seringues afin qu'il s'attaque efficacement aux nouveaux problèmes et qu'il permette d'empêcher que les partenaires sexuel(le)s des consommateurs de drogues injectables ne soient infecté(e)s.

Le VIH dans les prisons et les milieux fermés

44. Il arrive fréquemment que de nombreux consommateurs de drogues injectables découvrent leur séropositivité au VIH lorsqu'ils sont dans des centres de détention et des prisons où le dépistage du VIH est obligatoire. Le pourcentage global de nouvelles infections enregistrées dans les prisons est substantiel. Étant donné que a) le nombre considérable de nouvelles infections à VIH dans les prisons est dû à des pratiques d'injection sans respect de l'hygiène, et b) la prévalence du VIH est la plus élevée parmi la population carcérale, les programmes existants de prévention du VIH dans les prisons semblent inadaptés pour s'attaquer au problème¹⁴.
45. L'UNODC, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont plaidé auprès du Ministère de la Justice du Kazakhstan et lui ont apporté des conseils techniques. À la suite de cela, le Ministère a avalisé un programme de réduction des risques dans les milieux carcéraux ainsi que le lancement de programmes d'échange d'aiguilles/de seringues et de traitements d'entretien à la méthadone dans certaines prisons (comme prévu dans le cadre de la subvention de la Série 10 du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme).

¹⁴ En dehors du conseil et de la distribution de désinfectant, aucun programme d'échange d'aiguilles et de seringues n'est organisé et aucun traitement de substitution aux opiacés n'est fourni.

46. Des organisations non gouvernementales mettent en œuvre des interventions de prévention du VIH pour les populations clés exposées au risque d'infection et les pouvoirs publics considèrent la société civile comme un partenaire essentiel, comme le montre la loi sur l'achat de services sociaux auprès d'organisations non gouvernementales votée en 2005. Cette loi a été faite pour instituer un système qui permet aux organisations non gouvernementales de recevoir des fonds publics, y compris pour des interventions ciblant la réduction des risques. Par exemple, les autorités d'Almaty (ancienne capitale et plus grande ville du pays) ont consacré USD 0,54 million et USD 0,58 million en 2011 et en 2012, respectivement, à l'achat de services sociaux auprès d'ONG exerçant leurs activités dans la ville.
47. Ce système n'a pas été largement utilisé par les ONG proposant des services en rapport avec le sida en raison des facilités mises à disposition par les subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et du PEPFAR. Par exemple, 39 seulement des 97 ONG proposant des services de prise en charge du sida au Kazakhstan ont reçu des fonds publics pour des interventions de prévention du VIH en 2010. Cependant, ce système devrait servir de plus en plus car les financements internationaux diminuent. L'ONUSIDA et le Conseil national de lutte contre le sida plaideront pour que les autorités locales lancent des appels d'offres pour des services en rapport avec le sida dans les *oblasts* les plus affectés.

Difficultés au niveau du pays

48. Après des débuts prometteurs, le développement du traitement d'entretien à la méthadone est actuellement stoppé. Sa mise en œuvre a été contestée par le public et les spécialistes des traitements de la dépendance aux drogues/médicaments ; les clients hésitent à s'inscrire au programme¹⁵. Le Coordonnateur résident des Nations Unies, l'OMS, l'UNICEF, l'UNODC et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont fourni un appui régulier au Ministère de la Santé lors de tribunes publiques et professionnelles où l'on débat des avantages pour la santé publique du traitement d'entretien à la méthadone. Résolument engagé à maintenir ce traitement comme composante essentielle du programme de réduction des risques, le Ministère de la Santé prévoit de se charger de l'achat de la méthadone auprès du projet du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. L'une des principales difficultés sera que les autorités locales acceptent d'ouvrir de nouveaux centres pour la distribution du traitement de substitution à la méthadone.

VI. Réduction des risques en Moldavie

49. En République de Moldavie, le VIH est concentré parmi les consommateurs de drogues injectables et les récentes enquêtes sur la séroprévalence menées auprès de cette population révèlent une prévalence du VIH de 16,4 % dans le principal site (la capitale du pays). Les données de l'enquête dans la capitale et dans deux autres lieux sondés montrent une tendance stable marquée par une prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables de 16,4 % en 2009, 17,5 % en 2007 et 14,4 % en 2003-04. Sur les trois dernières années, le nombre de nouveaux cas de VIH déclarés parmi les consommateurs de drogues injectables soumis à un dépistage du VIH a diminué, et ce, bien que le pourcentage de cas chez les hommes ait augmenté par rapport au pourcentage de cas chez les femmes. C'est chez les plus de 30 ans que les infections à VIH sont les plus nombreuses¹⁶.

¹⁵ Source : ONUSIDA

¹⁶ <http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=1163>

50. En Moldavie, la réduction des risques a été mise en œuvre conformément à la Stratégie de 1997 et à une approche à trois volets conçue pour garantir la légalisation et la mise à grande échelle des activités. La phase I (1997-1999) avait pour but de lancer trois projets pilotes de réduction des risques : un dans la société civile, un dans les institutions pénitentiaires et un au sein du service des narcotiques. Les résultats de la phase I de la stratégie ont servi à la finalisation de la Décision gouvernementale n° 1173 du 7 décembre 1998 qui définit le principe d'un cadre législatif pour la mise en œuvre et à grande échelle d'un programme de réduction des risques en République de Moldavie.
51. La phase II a été lancée pour élargir et intensifier les activités au niveau national (1999 -2002). Pendant cette phase, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues préalablement sélectionnés ont été dotés d'équipements, le personnel a été choisi et formé, les produits servant à la réduction des risques (seringues, préservatifs, désinfectants) ont été achetés et les matériels d'information imprimés avec l'appui technique de l'ONUSIDA et de la Fondation Soros. La mise en œuvre complète du programme a débuté en janvier 2000 et depuis 2003, le programme de réduction des risques est dans sa troisième phase.
52. Les données du Centre national pour la gestion de la santé révèlent qu'à la fin 2011, 15 354 consommateurs de drogues avaient bénéficié des services de réduction des risques, sur un nombre estimé de consommateurs de drogues de 31 562 (2011).
53. La République de Moldavie est reconnue dans la région comme un exemple de bonne pratique du fait d'une mise en œuvre réussie du programme de réduction des risques parmi les populations clés exposées au risque d'infection dans le secteur public (consommateurs de drogues injectables, professionnel(le)s du sexe et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et dans les institutions pénitentiaires (consommateurs de drogues injectables). Sur la période 2010-11, les services ont été étendus dans trois autres lieux, y compris la rive gauche de la rivière Nistru (consommateurs de drogues injectables). 26 des 60 lieux, y compris la rive gauche de la rivière Nistru, sont couverts par des programmes de réduction des risques destinés à des populations clés de consommateurs de drogues injectables. Des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont aussi mis en œuvre dans neuf maisons d'arrêt du système pénitentiaire national. Le traitement de substitution à la méthadone est fourni dans le secteur public et dans le secteur pénitentiaire (rive droite de la rivière Dniester uniquement). Le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées en Moldavie a augmenté au cours de la dernière décennie (2000-2010) de ~825 545 à ~1,6 million.

Informations stratégiques

54. Dans le contexte plus large de l'optimisation de l'efficacité des programmes et d'une utilisation efficiente des ressources, les études de l'efficacité et du rapport coût-efficacité sont devenues des outils d'analyse importants. Ils aident à évaluer les investissements dans la riposte au VIH et si les interventions ont contribué ou non à éviter des nouvelles infections et des décès liés au sida, et si c'est le cas, à quel coût. La Moldavie a participé à l'étude portant sur huit pays conduite par l'ONUSIDA pour générer des données factuelles sur les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.
55. Les résultats de la recherche ont montré que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont une stratégie de réduction de la transmission du VIH qui présente un bon rapport coût-efficacité et permet de réaliser des économies de coûts. Le programme d'échange de la Moldavie a été évalué et reconnu comme

présentant un excellent rapport coût-efficacité, surtout en ce qui concerne son objectif de base – la prévention des infections à VIH et à VHC chez les consommateurs de drogues injectables. En particulier, il est établi que les investissements engagés dans le programme d'échange d'aiguilles et de seringues de Moldavie entre 2000 et 2009 ont permis d'éviter des infections et des décès estimés à 3 049 (2 777-3 116) pour les infections à VIH, à 3 081 (2 882-3 128) pour les infections à VHC et à 146-167 pour les décès liés au VIH.

56. Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues permettent aussi de réaliser des économies de coûts au niveau des diagnostics et traitements du VIH (test du VIH, dépistage, tests de laboratoire, traitement antirétroviral). On estime avoir déjà économisé des coûts de santé liés au VIH d'entre USD 192 969 et USD 221 300 grâce aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues en Moldavie au cours de la période 2000-10. Les économies réalisables sur les prestations à vie du fait de la prévention des infections à VIH ont été estimées à entre USD 6 257 658 et USD 7 002 058.

Difficultés

57. Une nouvelle extension des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pourrait générer de nouveaux progrès substantiels de santé et d'importantes économies de coûts, et avoir un excellent rapport coût-efficacité. Un certain nombre d'obstacles structurels ont été supprimés, ce qui permet un développement des interventions, mais la diminution des financements alloués à ces programmes risquent de conduire à une réduction des services et à une recrudescence ultérieure de la propagation du VIH et du VHC parmi les consommateurs de drogues. Il faut obtenir des ressources accrues (y compris par des financements nationaux et internationaux) pour maintenir et étendre la couverture des programmes et, finalement, éviter une baisse du retour sur investissement initial.

Références

ⁱ Institute of Medicine. (2007). *Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: National Academies Press. (en anglais seulement)

ⁱⁱ Piot, P., Bartos, M., Larson, H., Zewdie, D., & Mane, P. (2008). Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. *The Lancet*, 372(9641), 845-859. (en anglais seulement)

ⁱⁱⁱ Organisation mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre les drogues et le crime, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. (2009). *OMS, ONUDC, ONUSIDA Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida*. Genève. OMS/ONUSIDA/UNODC.

^{iv} Jürgens, R., Ball, A., & Verster, A. (2009). Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *The Lancet Infectious Diseases*, 9(1), 57-66. (en anglais seulement)

[Journée mondiale sida / 2011 Rapport ONUSIDA](#)

OMS/ONUSIDA/UNICEF (2011), [La riposte mondiale au VIH/sida : Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel 2011](#)

[Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010](#)

European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV and AIDS (décembre 2007), ['HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2007'](#) (en anglais seulement).

Hamers, F.F., and Downs, A.M. (2003, March), ['HIV in central and eastern Europe'](#), *The Lancet* 362:9362. (en anglais seulement)

Wilson D, Zhang L, 'The cost-effectiveness of needle-syringe exchange programmes in Eastern Europe and Central Asia: costing data synthesis, modeling and economics for eight case study countries'. 2012 – *en attente de publication*.