

Sites à niveau élevé de couverture

Prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans les pays en transition et en développement

Etudes de cas

COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONU
OT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Photos de couverture : ONUSIDA

ONUSIDA/06.26F (version française, septembre 2006)

Version originale anglaise, UNAIDS/06.26E, September 2006 :

High Coverage Sites

HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries - Case Studies

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2006.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Burrows, Dave.

Sites à niveau élevé de couverture : prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans les pays en transition et en développement : études de cas.

(ONUSIDA collection meilleures pratiques)

« Ce volume des Meilleures Pratiques a été préparé par Dave Burrows... » – Remerciements.

« ONUSIDA/06.26F ».

1. Infection à VIH - prévention et contrôle. 2. Toxicomanie intraveineuse – complication. 3. Étude de cas. 4. Pays en développement. I. ONUSIDA. II. Série.

ISBN 92 9 173532 9

(Classification NLM: WC 503.6)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

Sites à niveau élevé de couverture

Prévention du VIH
parmi les consommateurs
de drogues injectables
dans les pays en transition
et en développement

Etudes de cas



ONUSIDA

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONUSD
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Remerciements

Ce volume des Meilleures Pratiques a été préparé par Dave Burrows du AIDS Projects Management Group.

Table des matières

Tableaux	5
Abréviations et terminologie	6
Résumé d'orientation	7
1. Introduction et méthodes	15
Définitions	16
2. Etudes de cas: Europe orientale	19
2.1 Soligorsk, Bélarus	19
2.1.1 Résumé	19
2.1.2 Consommation de drogues et situation du VIH	19
2.1.3 Historique	20
2.1.4 Caractéristiques des services	20
2.1.5 Couverture	22
2.1.6 Maintien et extension de la couverture	24
2.1.7 Lectures complémentaires	24
2.2 Pskov, Fédération de Russie	25
2.2.1 Résumé	25
2.2.2 Consommation de drogues et situation du VIH	25
2.2.3 Historique	26
2.2.4 Caractéristiques des services	27
2.2.5 Couverture	28
2.2.6 Maintien et extension de la couverture	30
2.2.7 Lectures complémentaires	30
2.3 Sumy, Ukraine	31
2.3.1 Résumé	31
2.3.2 Consommation de drogues et situation du VIH	31
2.3.3 Historique	32
2.3.4 Caractéristiques des services	33
2.3.5 Couverture	35
2.3.6 Maintien et extension de la couverture	37
2.3.7 Lectures complémentaires	37

3. Etudes de cas : Asie	39
3.1 Dhaka, Bangladesh	39
3.1.1 Résumé	39
3.1.2 Consommation de drogues et situation du VIH	39
3.1.3 Historique	39
3.1.4 Caractéristiques des services	40
3.1.5 Couverture	43
3.1.6 Maintien et extension de la couverture	43
3.1.7 Lectures complémentaires	43
3.2 Rajshahi, Bangladesh	44
3.2.1 Résumé	44
3.2.2 Consommation de drogues et situation du VIH	44
3.2.3 Historique	45
3.2.4 Caractéristiques des services	46
3.2.5 Couverture	49
3.2.6 Maintien et extension de la couverture	50
3.2.7 Lectures complémentaires	51
3.3 Région administrative spéciale de Hong Kong (Hong Kong RAS), République populaire de Chine	52
3.3.1 Résumé	52
3.3.2 Consommation de drogues et situation du VIH	52
3.3.3 Historique	53
3.3.4 Caractéristiques des services	54
3.3.5 Couverture	56
3.3.6 Maintien et extension de la couverture	57
3.3.7 Lectures complémentaires	58
4. Etudes de cas : Amérique latine	59
4.1 Salvador, Brésil	59
4.1.1 Résumé	59
4.1.2 Consommation de drogues et situation du VIH	59
4.1.3 Historique	61
4.1.4 Caractéristiques des services	63
4.1.5 Couverture	66
4.1.6 Maintien et extension de la couverture	67
4.1.7 Lectures complémentaires	67
5. Leçons de l'expérience : Sites à niveau de couverture élevé	69
5.1 Caractéristiques communes aux sites à niveau élevé de couverture	69
5.2 Quels défis pour des interventions complètes dans le domaine du VIH?	74
5.3 Recommandations pour un minimum de suivi et d'estimation de la couverture	76
5.4 Recommandations pour la poursuite des recherches	79

Liste des tableaux

Tableau 1: Soligorsk, services et produits offerts	21
Tableau 2: Soligorsk, programme d'échange des aiguilles et seringues, janvier 2000–décembre 2002	22
Tableau 3: Soligorsk, contact régulier	22
Tableau 4: Soligorsk, aiguilles distribuées chaque mois par client	23
Tableau 5: Pskov, services et produits offerts	28
Tableau 6: Pskov, programme d'échange des aiguilles et seringues, 1999–2002	28
Tableau 7: Pskov, contact régulier	29
Tableau 8: Sumy, services et produits offerts	34
Tableau 9: Sumy, programme d'échange des aiguilles et seringues, mai 2000–décembre 2002	35
Tableau 10: Répartition par âge des clients du programme d'échange des aiguilles et seringues, Sumy	35
Tableau 11: Sumy, contact régulier	35
Tableau 12: Consommateurs de drogues injectables séropositifs au VIH, Dhaka	39
Tableau 13: Dhaka, services et produits offerts	42
Tableau 14: Dhaka, programme d'échange des aiguilles et seringues, mai 1998–décembre 2002	42
Tableau 15: Rajshahi, services et produits offerts	48
Tableau 16: Rajshahi, programme d'échange des aiguilles et seringues, juillet 1999–décembre 2002	48
Tableau 17: Programme APOSH, 1999–2002	48
Tableau 18: Rajshahi, contact régulier	49
Tableau 19: RAS de Hong Kong, services et produits offerts	56
Tableau 20: RAS de Hong Kong, couverture	56
Tableau 21: Salvador, conseil et test VIH	61
Tableau 22: Salvador, services et produits offerts	65
Tableau 23: Programme du CETAD 2002	65

Abréviations et terminologie

ABAREDA	Association de Bahia pour la réduction des risques, Salvador, Brésil
BODAR	Groupe de soutien pour ex-consommateurs de drogues, Dhaka, Bangladesh
CDI	Consommateurs de drogues injectables
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuse de Drogas, Salvador, Brésil
CIU	Code d'identification unique
CRDA	Registre central de la toxicomanie, HK, RP Chine
CREAIDS	Centro de Referência Estadual de AIDS
CTV	Conseil et test VIH volontaires
DATC	Centres de traitement de la toxicomanie, HK, RP Chine
DFID	Département pour le développement international, Royaume-Uni
GUIN	Département pénitentiaire (pays de l'ex-Union soviétique)
HTLV	Virus lymphotrophique des cellules T humaines
IBCM	Instituição Beneficente Conceição Macedo
IST	Infection sexuellement transmissible
Oblast	Province (pays de l'ex-Union soviétique)
OBNON	Police des drogues (pays de l'ex-Union soviétique)
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PROCHESTA	Groupe de soutien pour ex-consommateurs de drogues, Dhaka, Bangladesh
Projet SHAKTI	Projet à l'intention des CDI, Bangladesh
Rayon	Secteur (pays de l'ex-Union soviétique)
SARDA	Société d'aide et de réhabilitation des toxicomanes, HK, RP Chine
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé d'orientation

L'ONUSIDA a commandé le présent rapport, dans le but d'étudier les programmes et sites qui, dans les pays en développement et en transition, sont considérés par les instances internationales comme ayant atteint le stade de 'sites à niveau de couverture élevé', c'est-à-dire dans lesquels plus de 50% des consommateurs de drogues injectables (CDI) avaient bénéficié d'une ou plusieurs interventions de prévention du VIH. Sept sites en tout ont été examinés, dont Soligorsk, Bélarus ; Pskov, Fédération de Russie ; Sumy, Ukraine ; Dhaka, Bangladesh ; Rajshahi, Bangladesh ; Région administrative spéciale de Hong Kong (RAS Hong Kong), République populaire de Chine ; et Salvador, Brésil.

Chaque étude de cas comprend une description de l'évolution du programme et des caractéristiques des services offerts, une estimation de la couverture du programme, des facteurs qui ont contribué à cette couverture élevée et un examen des moyens de maintenir et d'élargir la couverture.

Le fait qu'il soit possible d'obtenir une couverture élevée des interventions relatives au VIH parmi les CDI dans les pays en développement et en transition est le résultat le plus important de cette étude. Par exemple, les programmes d'échange des aiguilles et seringues et de distribution de méthadone bénéficient à plus de 50% des CDI dans les sites examinés et le traitement, la prise en charge et le soutien des CDI séropositifs au VIH ont atteint des niveaux élevés de couverture au Brésil et dans la RAS de Hong Kong et pourrait y parvenir sous peu au Bangladesh. A Dhaka, Pskov, Sumy et Hong Kong, la couverture obtenue a eu pour effet d'éviter ou de retarder des épidémies probables de SIDA parmi les CDI.

Caractéristiques communes aux programmes à niveau de couverture élevé :

Les principes de réduction des risques ont été appliqués pour élaborer des programmes locaux

Les études de cas émanent de plusieurs pays et les caractéristiques des programmes sont spécifiques à la situation sociale, politique et culturelle dans laquelle ils se déroulent. Plutôt que de reproduire des modèles mis en place par d'autres pays, les concepteurs et les exécutants des programmes ont étudié les principes fondamentaux des interventions et ont conçu des interventions de lutte contre le VIH adaptées à leurs sites.

La communauté dans son ensemble, les pouvoirs publics, les organisations professionnelles et tous les leaders d'opinion doivent soutenir les programmes

Ce soutien a généralement été obtenu par un plaidoyer à plusieurs niveaux.

Priorité est donnée aux actions de plaidoyer, qui doivent être dotées d'un effectif et de fonds suffisants

Chacun des sites a fait l'objet de beaucoup de réflexion et de travail, afin de surmonter les inquiétudes de la communauté et les préoccupations des pouvoirs publics quant aux programmes proposés.

Le rôle des représentants de la loi est crucial pour le succès des projets

Dans la plupart des pays, la prise en charge du VIH parmi les CDI se déroule dans un contexte de criminalisation de la consommation de drogues ; toutefois, les programmes

doivent s'effectuer là où se trouvent les consommateurs et en collaboration avec les trafiquants et les propriétaires des lieux de shoot, pour s'assurer la participation du plus grand nombre possible de consommateurs de drogues. Les représentants de la loi n'ont pas besoin de soutenir toutes les interventions pour laisser les programmes se dérouler sans entrave.

Le financement est important pour l'extension des interventions

Tous les programmes (à l'exception de ceux de la RAS de Hong Kong) ont démarré grâce à un financement externe. Les donateurs extérieurs doivent adopter une approche flexible pour ce qui est du niveau de financement de chaque site, des éléments spécifiques aux programmes et de leur exécution.

Viabilité du financement

Aucun des programmes décrits n'a obtenu un niveau de couverture élevé dès sa première année; pourtant, les fonds extérieurs sont souvent prévus pour un an. Dans la plupart des cas, il a fallu plus de trois ans pour parvenir à un niveau de couverture élevé.

La diversité des sites exige l'emploi de services et d'approches différents pour convaincre les CDI de fréquenter le programme

Tous les programmes offrent un éventail de services ainsi que l'échange des aiguilles et seringues ou un programme de distribution de méthadone. Dans de nombreux cas, cette large palette de services a été rendue possible grâce à des liens étroits et des partenariats avec d'autres organisations. En fournissant une grande variété de services, il est souvent possible d'attirer plusieurs catégories de CDI, ce qui exige un financement suffisamment flexible des programmes pour leur permettre d'évoluer et de répondre aux attentes de ces différents groupes.

Un programme peut être reproduit pour répondre aux besoins des CDI dans d'autres districts, villes et provinces

Les programmes de prévention du VIH parmi les CDI qui ont fait leurs preuves peuvent débuter dans un site, être élargis puis reproduits dans d'autres parties du pays.

Commodité d'accès

Dans chacune des études de cas, les CDI disposaient de plusieurs accès aux services et d'horaires souples.

Implication des CDI

Des contacts réguliers fondés sur le respect et l'amitié entre CDI et personnels des programmes constituent un facteur important pour parvenir à une couverture élevée. La participation accrue des consommateurs de drogues aux structures appropriées (p. ex. les organes consultatifs, les groupes de CDI ou même comme employés du programme) a de bonnes chances de contribuer à la viabilité des programmes.

Questions de gestion

Il est crucial de fournir une aide et une formation techniques aux responsables et une formation en cours d'emploi ou une remise à niveau aux personnels, notamment ceux qui travaillent en contact direct avec les CDI. Un encadrement efficace, une capacité à résoudre les problèmes et des réunions régulières des équipes sont également importants.

Tirer les leçons de l'expérience

Etant donné la diversité des situations dans lesquelles les programmes traitant du VIH parmi les CDI se déroulent, une approche par essai et erreur est nécessaire afin d'obtenir, dans chaque lieu, un équilibre entre les éléments du programme, la dotation en personnel et d'autres caractéristiques qui permettront d'obtenir un niveau de couverture élevé.

Quels défis pour des interventions complètes liées au VIH ?

Un niveau de couverture élevé est nécessaire pour un ensemble exhaustif d'interventions

Aucun des sites n'offre une gamme complète d'interventions liées à la consommation de drogues injectables, notamment les traitements de substitution et autres formes de traitement de la toxicomanie, les programmes de proximité, d'échange des aiguilles et seringues et le traitement, la prise en charge et le soutien dans le domaine du VIH. Dans de nombreux pays, certains éléments essentiels d'une approche globale sont absents, par exemple l'accès à un traitement financièrement abordable des infections sexuellement transmissibles (IST), les soins de santé liés au VIH, dont la thérapie antirétrovirale, et le conseil et le test VIH volontaires (confidentiels).

Les rapports entre les programmes et les représentants de la loi restent difficiles

Il convient d'intégrer dans tous les programmes un plaidoyer permanent et ciblé destiné aux représentants de la loi et à d'autres secteurs de la communauté. En outre, les services chargés de l'application des lois et les autres secteurs doivent bénéficier d'une formation concernant les programmes et leur rôle dans la prise en charge du VIH parmi les CDI.

L'équilibre à trouver entre prévention du VIH et coût des traitements est assurément un problème important pour la viabilité des programmes.

La fourniture de la thérapie antirétrovirale peut entraîner une baisse du financement des activités de prévention du VIH. Si la fourniture de la thérapie antirétrovirale constitue un élément important d'une riposte globale au VIH, la baisse du financement de la prévention aura pour effet d'augmenter le nombre de personnes vivant avec le VIH et les coûts de traitement correspondants.

Les problèmes liés au genre et à la transmission sexuelle ne sont toujours pas résolus

La plupart des programmes ont enregistré de faibles niveaux de participation des consommatrices de drogues injectables. De plus, les programmes accordent une priorité moins élevée à la transmission sexuelle du VIH qu'à la transmission associée à la consommation de drogues.

Absence de standardisation dans le suivi et la notification

Une méthodologie normalisée de suivi permettrait de simplifier la mesure de la couverture et d'améliorer les comparaisons entre programmes.

Le nombre de CDI régulièrement suivis dans chaque site tend à représenter un faible pourcentage de l'ensemble des CDI de la ville ou province.

Recommandations pour un ensemble minimum de suivi et d'estimation de la couverture

Les études de cas ont révélé tout un éventail de méthodes de suivi, qui rendent difficiles les comparaisons et, dans certains cas pratiquement impossible la détermination du nombre de personnes touchées une fois au moins ou régulièrement par les programmes. Pour ces raisons, on recommande un ensemble standardisé minimum pour l'estimation et le suivi, conforme aux modèles destinés à :

- estimer le nombre de CDI dans une zone géographique donnée¹; et
- enregistrer le nombre de CDI ayant accès aux divers services².

Les programmes sont encouragés à améliorer le suivi afin de satisfaire leurs besoins particuliers, mais il convient de le faire au moyen d'un système standardisé d'estimation et de suivi.

La méthode recommandée pour estimer le nombre de CDI dans une zone géographique donnée consiste à utiliser pour les calculs des multiplicateurs et des données de référence. Ces calculs utilisent des données existantes relatives à des comportements ou à des événements qui sont courants parmi les CDI, par exemple, les données sur les arrestations pour consommation ou possession de drogues, ainsi que les données relatives au traitement de la toxicomanie, aux accidents et aux services d'urgence, ou encore aux décès liés à la drogue. Cette information préexistante, qui représente la somme des principaux comportements ou événements pour une période déterminée, s'appelle information de référence. Pour toutes ces informations ainsi que pour les données d'enquêtes (ci-dessous), il est important de ventiler les données par sexe.

Avec cet ensemble de données, il faut une estimation de la proportion de la population cible qui a connu ce type d'événement, par exemple, la proportion de CDI qui ont été arrêtés, qui sont décédés, etc. ; l'inverse de cette proportion est appelé multiplicateur. Pour estimer le multiplicateur associé, il faut généralement conduire de petites études séparées, et les dossiers anonymes sont suffisants.

Par exemple, si l'on sait que, durant 2002, un total de 7000 CDI ont suivi un traitement dans un lieu donné, et que l'on sait aussi grâce à des enquêtes, que 20% de tous les CDI ont suivi un traitement en 2002, le nombre estimatif de CDI sera de 35 000.

La proportion de la population cible de référence peut aussi être obtenue séparément et indépendamment par des entretiens, des questionnaires ou par des études particulières. Un moyen fréquent de réaliser cette étape consiste à poser des questions précises, en fonction des données de référence utilisées, concernant l'arrestation, le traitement, l'overdose, etc. dans le cadre d'enquêtes d'évaluation et de riposte rapides ou autres enquêtes relatives aux comportements à risque d'infection par le VIH parmi les CDI.

Il est recommandé d'utiliser autant de données de référence et de multiplicateurs que possible et d'appliquer, si possible, d'autres méthodes d'estimation de la taille des populations. Les résultats de ces calculs seront comparés, afin de choisir les meilleures estimations. Outre

¹ ONUDC (2003). *Global Assessment Programme on Drug Abuse Toolkit Module 2. Estimating Prevalence: Indirect Methods for Estimating the Size of the Drug Problem*. Vienne, Autriche. Consulté le 30 novembre 2005 sur http://www.unodc.org/pdf/gap_toolkit_module2.pdf

² USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF and the Policy Project (2004). *Coverage of selected services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low and Middle Income countries in 2003*. Washington, DC, Policy Project. Consulté le 1^{er} décembre 2005 sur <http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/CoverageSurveyReport.pdf>

l'estimation du nombre de CDI, il est utile d'obtenir une estimation de la prévalence du VIH parmi les CDI.

Les résultats de cette méthode d'estimation devraient constituer une base suffisante pour les autres calculs décrits plus bas. Toutefois, l'expérience acquise dans les sites à niveau de couverture élevé suggère que ces estimations comportent un grand nombre d'imprécisions lorsqu'elles sont faites avant la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH parmi les CDI, ou lorsque ces services sont de taille modeste. De plus, les populations de CDI sont fluctuantes et leur importance change en fonction des effets des politiques relatives aux drogues et de l'évolution du contexte général, parce que certains consommateurs arrêtent de consommer, quittent le district ou décèdent ; et que d'autres intègrent la population, à partir des groupes qui n'étaient pas consommateurs ou en provenance d'autres districts.

Dans plusieurs des études de cas, la taille de la population de CDI dans la région desservie par le programme a été ré-estimée, en s'appuyant sur les ressources du programme pour élargir la portée des enquêtes ou sur d'autres méthodes, dans l'ensemble des réseaux sociaux, âges, genre, appartenance ethnique et sous-populations de CDI. Des méthodes de ré-estimation de ce type ont révélé des différences importantes par rapport aux premières estimations, par exemple à Rajshahi et Pskov. On recommande ce processus de ré-estimation pour tous les programmes.

La deuxième étape consiste à enregistrer, en détaillant selon le total et le genre, le nombre de CDI :

- ayant bénéficié de projets extra-institutionnels, y compris des programmes d'échange des aiguilles et seringues, au cours du mois écoulé ;
- ayant participé à un traitement orienté vers l'abstinence, au cours du mois écoulé ; et
- sous traitement de substitution, par exemple au moyen de la méthadone, de la buprénorphine, etc.

Du point de vue des programmes de prévention du VIH, cela signifie qu'un système de suivi doit être mis en place pour déterminer combien de CDI ont bénéficié d'un service donné. Pour les personnes hospitalisées et en institutions, à l'exclusion des programmes de substitution, cette tâche est facilitée, car leur nombre est généralement enregistré.

Dans tous les programmes offrant des services à des CDI, l'enregistrement est généralement effectué grâce à un code d'identification unique (CIU). Il existe plusieurs moyens de définir ce code, mais tous ont pour objet de fournir un code unique à chaque client des programmes. Ces codes sont enregistrés, ainsi que la date à laquelle le client utilise le service pour la première fois, dans un fichier de référence auquel les autres systèmes de suivi et de notification peuvent se reporter. Le fichier de référence contiendra uniquement un chiffre, en commençant par 1 avec le premier client, le CIU et la date à laquelle ce code a été issu, qui doit correspondre à la date du premier accès du client à un service.

Si les programmes de prévention du VIH parmi les CDI sont coordonnés dans le cadre d'une filière de services, le même CIU peut être utilisé pour l'ensemble des services. Il suffit de demander à chaque client s'il a déjà reçu un CIU d'un autre service. Si tel n'est pas le cas, un CIU lui sera attribué et ajouté au fichier de référence. Si c'est le cas, le CIU est enregistré et la visite attribuée au CIU de ce client.

Pour noter chaque accès d'un client au service, il faut aussi un formulaire de suivi contenant une case permettant d'enregistrer la date, le CIU du client et le type de service fourni. Dans le cas d'un service lié à un produit, par exemple l'échange des aiguilles et seringues, le formulaire permettra aussi de noter le nombre d'aiguilles et seringues, de préservatifs, etc. distribués et les autres services ou conseils d'orientation-recours. D'autres questions peuvent être ajoutées au formulaire afin de mieux comprendre comment accroître la couverture.

Une distinction importante doit être faite entre le *nombre de clients* et le *nombre de visites de clients*. Le premier est crucial pour plusieurs processus décrits ici, alors que le deuxième est difficile à interpréter si le nombre de clients manque. Si possible, il convient de noter les deux chiffres, mais, dans le cas contraire, le nombre de clients ayant accès à chaque service doit être enregistré.

Grâce à ce système, l'information peut être conservée et notifiée, notamment :

- le nombre de CDI atteints par les services ;
- le nombre de CDI ayant eu accès à l'ensemble des services au cours du mois écoulé, ce qui permet le calcul des indicateurs pour la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) ;
- la régularité de l'accès (*voir 5.4 Recommandations pour la poursuite des recherches*) ;
et
- l'exhaustivité des services.

La liste de référence elle-même indique en permanence le nombre de clients contactés par les services. Ce dossier peut être lu en tout temps, car il suffit de regarder le dernier chiffre sur la liste. Là où les programmes sont déjà mis en œuvre, l'institutionnalisation de ce système fournira une image du nombre de clients contactés durant deux à trois ans, et un ajustement sera fait pour les clients atteints avant la mise en œuvre du système et ne figurant pas dans les fichiers.

De même, étant donné que la date d'accès aux services est notée, le nombre de clients ayant accédé aux services durant un mois particulier peut facilement être relevé. Si le type de service est également enregistré, l'exhaustivité des services peut être notifiée, sous la forme du nombre et du pourcentage de l'ensemble des clients ayant eu accès à chaque type de service. Les caractéristiques de la consommation de drogues et du VIH parmi les CDI dans une localité permettront aux programmeurs de la prévention de savoir si leurs objectifs sont atteints.

Recommandations pour la poursuite des recherches

Nous ne pouvons toujours pas répondre à la question « Combien faut-il en faire pour en faire assez ? », mais nous nous approchons de la réponse. Les études d'efficacité qui seront faites devront déterminer les augmentations et baisses réelles de la prévalence du VIH parmi les CDI dans les sites bénéficiant du financement et de l'engagement nécessaires pour obtenir un niveau de couverture élevé. Les études utilisant les interventions actuellement prévues ou mises en œuvre nous aideront à comprendre et à mieux orienter, à partir d'exemples réels, le niveau et le type de services nécessaires pour prévenir ou réduire les épidémies de SIDA parmi les CDI.

En outre, des travaux sont nécessaires pour élaborer des indicateurs de qualité des services de prévention et de prise en charge du VIH parmi les CDI. Le présent rapport et d'autres études montrent clairement que la qualité des services est un facteur important si l'on veut obtenir un bon niveau de couverture. Les études de cas nous indiquent que les domaines suivants bénéficieraient d'indicateurs de qualité :

- la commodité d'accès aux services ;
- la portée des services afin d'attirer des sous-populations de CDI, hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, des consommateurs de drogues différentes, et un éventail de groupes ethniques ;
- la participation des CDI et la mesure dans laquelle ils influencent ou mettent en œuvre des modifications dans les services, par exemple les mesures portant sur la convivialité ou les rapports entre clients et personnels ;
- les processus de gestion, qui doivent être flexibles, s'adapter aux besoins des clients, aux changements dans les modes de consommation de drogue et au climat politique ; et
- l'efficacité des activités de plaidoyer, y compris la mesure des rapports entre programmes et principales parties prenantes, telles que les représentants de la loi, les pouvoirs publics à divers niveaux et le voisinage.

1. Introduction et méthodes

La double épidémie de consommation de drogues et de transmission du VIH par du matériel d'injection contaminé a déjà eu un impact important sur la santé, le bien-être social et économique de nombreux pays et régions. D'ici au milieu de 2003, ces épidémies jumelées s'étaient implantées en Amérique du Nord et en Amérique latine, en Europe occidentale, centrale et orientale, en Asie du Sud et du Sud-Est, et commençaient au Moyen-Orient et en Afrique.

Si des épidémies de SIDA en expansion rapide se sont produites parmi les CDI dans de nombreux pays et régions, il y a des raisons de penser que les épidémies de SIDA parmi les CDI peuvent être évitées, ralenties, stoppées et même inversées. Par exemple, toutes les villes australiennes, Londres (Royaume-Uni) et Dhaka (Bangladesh), ont pu conserver une prévalence du VIH parmi les CDI inférieure à 5%. L'épidémie de SIDA parmi les CDI au Népal semble avoir été retardée de plusieurs années et la prévalence du VIH parmi les CDI à New York (Etats-Unis), à Edinbourg (Royaume-Uni) et dans plusieurs villes du Brésil a chuté. Il semble que ce soit la conséquence d'une série d'interventions spécifiques, qui constituent une approche efficace de la prise en charge du VIH parmi les CDI.

En 2000, les institutions des Nations Unies ont convenu qu'une action urgente était nécessaire pour appliquer les interventions suivantes destinées à combattre le VIH parmi les CDI³.

- **Le traitement de la toxicomanie**, en particulier les traitements de substitution, par exemple par la méthadone, les communautés thérapeutiques, et les programmes ambulatoires d'abstinence, pour aider les CDI à réduire considérablement leur consommation.
- **Les activités de proximité** ont permis de contacter, motiver et soutenir les CDI qui ne sont pas sous traitement, afin de réduire leurs comportements à risque liés à la consommation de drogues illicites et leurs comportements sexuels à risque, ainsi qu'à réduire l'incidence du VIH. Les recherches montrent que les activités de proximité qui se déroulent hors du contexte de prise en charge sanitaire et sociale habituel ont accès aux CDI qui ne sont pas sous traitement et améliorent leur aiguillage vers des traitements de la toxicomanie.
- **Les programmes d'échange des aiguilles et seringues** ont montré une réduction des comportements à risque liés aux injections et de la transmission du VIH, mais aucun signe d'une augmentation de la consommation de drogues ou d'autres risques pour la santé dans les communautés desservies. Ces programmes constituent en outre des lieux de contact entre les CDI et les prestataires de services, y compris les programmes de traitement de la toxicomanie. Les effets bénéfiques de ces programmes augmentent considérablement, s'ils vont au-delà du seul échange des aiguilles et seringues pour offrir des services d'éducation relative au SIDA, un conseil et une orientation vers diverses options de traitement.

Pour éviter une épidémie de SIDA associée à la consommation de drogues, ou influencer sur une telle épidémie, ces interventions doivent être mises en œuvre à une échelle suffisante pour atteindre un assez grand nombre de CDI, qui peuvent alors changer leur mode de consommation de drogues et leurs comportements sexuels à risque. De nombreuses villes y sont parvenues en Amérique du Nord, Océanie et Europe occidentale ainsi que plusieurs pays, dont l'Australie, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

³ ACC Subcommittee on Drug Control (2000). *Preventing the Transmission of HIV among Drug Abusers: A position paper of the United Nations System*. Annex to the Report of 8th Session of ACC Subcommittee on Drug Control, 28-29 September. 2000.

De plus en plus, les pays en développement et en transition réfléchissent à l'importance de la couverture des programmes de prévention de la transmission du VIH parmi les CDI. Par exemple, en 1999, lors de la première Réunion régionale d'Europe orientale sur les stratégies relatives au VIH⁴, un objectif de couverture de 60% a été accepté par plusieurs organisations, dont l'OMS et l'ONUSIDA, travaillant dans la prévention du VIH parmi les CDI, mais peu d'efforts ont été déployés pour le concrétiser.

En 2002, l'ONUSIDA a commandé une étude portant sur des sites qui, dans des pays en développement et en transition, étaient considérés par les instances internationales comme des sites 'à niveau de couverture élevé'. Six sites ont été choisis, dont Soligorsk, Bélarus; Pskov, Fédération de Russie; Sumy, Ukraine; Dhaka, Bangladesh; et Salvador et Porto Alegre, Brésil. Au cours de l'étude, Rajshahi, Bangladesh, et la Région administrative spéciale de Hong Kong (RAS Hong Kong), République populaire de Chine, s'y sont ajoutés, ce dernier pour le niveau de couverture élevé obtenu par un programme de substitution à la méthadone. En raison de problèmes de collecte des données, Porto Alegre a été exclu du présent rapport. Il convient de noter que la liste des sites ne constitue pas une liste exhaustive des sites à niveau de couverture élevé.

Définitions

Clients primaires (ou contacts ou échange) : il s'agit des personnes avec lesquelles un prestataire de services a un contact direct.

Clients secondaires (ou contacts ou échange) : il s'agit des personnes contactées par les clients primaires, mais qui n'ont pas de contact direct avec le prestataire de services.

Couverture : les trois séries de mesures qui apportent une information concernant la couverture des CDI par des services de prévention du VIH sont les suivantes :

1. nombre de CDI jamais contactés par un service ;
2. régularité de l'accès aux services ; et
3. nombre des aiguilles et seringues stériles fournies aux CDI divisé par le nombre estimé d'injections au cours d'une période de temps donnée.

Chaque mesure se fonde sur l'estimation de la taille de la population de CDI dans un lieu donné. La consommation de drogues étant, par nature, secrète dans la plupart des cultures, il est difficile de faire une estimation précise. Dans chaque étude de cas, les méthodologies utilisées pour estimer la taille de la population seront décrites.

Pour les deux premières mesures, le concept de contact est important.

Par contact, on entend les CDI contactés par un organisme quel qu'il soit et qui ont reçu des matériels de prévention du VIH à l'intention des CDI, p. ex. des aiguilles et seringues stériles, de la méthadone ou autre médicament de substitution, ou un traitement fondé sur l'abstinence et un programme de réhabilitation, à l'exception de la désintoxication qui n'est pas considérée comme un traitement efficace en soi. Les interventions offrant ces services sont connues respectivement sous les noms de programmes d'échange des aiguilles et seringues, programmes de substitution et programmes de réhabilitation.

⁴ Second Strategy Meeting to Better Coordinate Regional Support to National Responses to HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and Central Asia (2000). ONUSIDA Copenhagen, Danemark, 4-5 décembre 2000.

Chiffre des ‘personnes déjà contactées’: il s’agit du nombre de CDI contactés une fois au moins par un service. Ce chiffre est cumulatif et poursuit sa progression aussi longtemps que le service fonctionne, de sorte que, en théorie, un service peut parvenir à 100% de personnes contactées, s’il atteint chaque consommateur de drogues injectables dans une zone géographique donnée. En pratique, le chiffre de 100% est rarement, et peut-être même jamais, atteint, étant donné les changements dans les modes de consommation de drogues, les nouveaux CDI, etc. Pour calculer ce chiffre, les services doivent trouver le moyen d’identifier chaque consommateur de drogues injectables. Pour faciliter les comparaisons, on utilise aussi le chiffre des **‘personnes contactées durant l’année écoulée’**.

Par **contact régulier** on entend la régularité de l’accès au service, qui est difficile à mesurer, car il y a de nombreuses méthodes pour mesurer cette ‘régularité’. Dans le présent rapport, les résultats de suivi de chaque service ou ensemble de services sont analysés pour définir un chiffre de ‘contact régulier’. Etant donné la diversité des méthodes de suivi employées, les comparaisons entre les sites sont difficiles, de sorte qu’un chiffre des **‘personnes contactées au cours d’un mois échantillon’** a également été utilisé.

Le nombre des aiguilles et seringues stériles distribuées aux CDI divisé par le nombre estimé d’injections au cours d’une période donnée est une mesure complexe, comportant de nombreuses possibilités d’erreur, par exemple, lorsqu’on calcule le nombre de CDI, le nombre d’injections par consommateur, le nombre des aiguilles et seringues disponibles auprès d’une variété de sources, etc. Par conséquent, cette mesure n’a généralement pas été utilisée dans le présent rapport.

2. Etudes de cas : Europe orientale

2.1 Soligorsk, Bélarus

2.1.1 Résumé

Soligorsk, qui a été fondée il y a 40 ans, compte 100 000 habitants et il y en a 150 000 dans le Rayon (secteur) de Soligorsk. Soligorsk se situe à 140 km au sud de Minsk dans l'Oblast de Minsk, et sa principale industrie est l'extraction de composants de fertilisants, 20 000 personnes travaillant pour une seule entreprise.

On estime le nombre de consommateurs de drogues injectables (CDI) entre 1260 et 1480. Le chiffre des personnes déjà contactées est supérieur à 1200, soit pratiquement 100% des CDI. En 2002, 1127 CDI ont été contactés par des programmes d'échange des aiguilles et seringues. Il n'existe aucun programme de substitution ou de réhabilitation.

Pour ce qui est du contact régulier, au cours des cinq mois entre août et décembre 2002, sur les 276 clients enregistrés au cours de cette période, 1% (2) seulement se sont présentés plus de quatre fois par mois. On a compté 140 CDI (9,5-11,1% du nombre estimé de CDI) contactés pendant un mois-échantillon.

2.1.2 Consommation de drogues et situation du VIH

Au cours de ces dernières années, le Bélarus a connu une rapide augmentation de la consommation de drogues injectables et de la transmission du VIH qui lui est associée. A fin 2003, on estimait le nombre de personnes vivant avec le VIH au Bélarus entre 12 000 et 42 000⁵. En 2001, une évaluation rapide de la situation a indiqué que le nombre réel de consommateurs de drogues, qui sont pratiquement tous des personnes qui s'injectent les drogues, était entre cinq et sept fois plus élevé que le nombre enregistré de 6363⁶.

On estime que Soligorsk compte 1260 à 1480 CDI⁷. Ces chiffres sont obtenus en utilisant une série de multiplicateurs, dérivés des résultats de plusieurs enquêtes effectuées dans l'ensemble des Oblasts. Ils comprennent les résultats d'enquêtes destinées à déterminer le ratio des CDI enregistrés dans les services de traitement de la toxicomanie et le pourcentage de ceux qui ont fait une overdose et de ceux qui ont été arrêtés pour des délits liés aux drogues.

Dans l'Oblast de Minsk, c'est Soligorsk qui compte le plus grand nombre de CDI après la ville de Minsk. L'évaluation rapide de la situation qui a montré que 16–25% des CDI étaient des femmes, ne fait aucune observation concernant le ratio hommes : femmes dans l'Oblast de Minsk ou à Soligorsk. De même, l'évaluation a révélé que, sur le plan national, 67% des CDI ont entre 20 et 30 ans. Les drogues les plus couramment utilisées sont des opiacés liquides fabriqués sur place et connus sous le nom de paille de pavot. Les aiguilles et seringues sont en vente dans les pharmacies sans ordonnance. Au 1^{er} octobre 2003, le nombre de personnes vivant avec le VIH à Soligorsk était de 343, dont 269 (74.4%) étaient des CDI⁸.

⁵ ONUSIDA (2004, juillet). *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, Suisse. Consulté le 25 septembre 2006 sur http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_fr/UNAIDSGlobalReport2004_fr.pdf

⁶ National AIDS Centre (2001). *Situation with the Spread of Injection Drug Use and HIV in the Republic of Belarus: Report on the Rapid Assessment Results*. Minsk.

⁷ Ibid.

⁸ Ministry of Health of the Republic of Belarus National Center for AIDS Prevention (2001). *AIDS in Figures as of 01.07.2001* Informational bulletin N° 30. Minsk.

2.1.3 Historique

A Soligorsk, le processus qui a mené à la création du programme d'échange des aiguilles et seringues a débuté après que le Directeur actuel du programme et d'autres médecins de la ville se sont rendus à Svetlogorsk afin d'y étudier l'épidémie locale de VIH parmi les CDI en 1996 et 1997. On a ensuite découvert plusieurs CDI dans un hôpital de district au cours d'une flambée d'hépatite B en 1996-1997 et une évaluation rapide de la situation a été entreprise par le Centre républicain de lutte contre le SIDA à Soligorsk en 1998⁹. Les résultats de l'évaluation ont été communiqués aux représentants de plusieurs secteurs de la société et le Centre républicain de lutte contre le SIDA a alors offert de rédiger une proposition de création d'un programme local d'échange des aiguilles et seringues.

Après plusieurs tentatives de collaboration avec une organisation non gouvernementale locale, il a été décidé de demander l'accord de l'Administration municipale pour un tel programme au sein de ce qui était alors le Centre d'hygiène et d'épidémiologie de Soligorsk. Cet accord a été obtenu en décembre 1999 et une demande de financement a été approuvée par l'ONUSIDA en janvier 2000. En 2000, les membres du Comité multisectoriel sur le VIH se sont rendus à Svetlogorsk pour évaluer la situation locale du VIH parmi les CDI ainsi que la riposte, dont les programmes d'échange des aiguilles et seringues.

Le programme a commencé en février 2000, avec un effectif composé d'un psychologue, d'un médecin spécialisé dans les infections sexuellement transmissibles et d'un autre spécialiste de la toxicomanie. En 2001, ce dernier a été remplacé par un médecin spécialiste des maladies infectieuses dans le but d'encourager davantage de personnes vivant avec le VIH à fréquenter le service. Un juriste a également été employé pendant quelques mois pour fournir gratuitement des conseils juridiques.

Entre janvier et août 2002, le financement du programme par l'ONUSIDA a cessé. L'Administration municipale de Soligorsk a fourni des fonds pour acquérir des aiguilles et seringues, des matériels d'information et des vitamines à l'intention des personnes vivant avec le VIH, et une compagnie minière locale, Belaruskaly, a fourni des aiguilles et seringues. En août 2002, le financement externe a repris, mais, même avec l'aide de l'Administration municipale, le montant des fonds était inférieur à celui de 2001. En 2002, les autorités municipales chargées des questions de SIDA et de drogues se sont également rendues à Svetlogorsk.

D'ici à 2003, plusieurs des services offerts en 2001 ne l'étaient plus (*voir Tableau 1 : Services et produits offerts à Soligorsk*), ce qui a entraîné une baisse de la fréquentation et du nombre des aiguilles et seringues distribuées.

2.1.4 Caractéristiques des services

Seuls deux services, qui sont tous deux financés et gérés par les pouvoirs publics, sont destinés spécifiquement aux CDI ; il s'agit du programme d'échange des aiguilles et seringues du Centre d'hygiène et d'épidémiologie du district de Soligorsk et les services de prise en charge de la toxicomanie du Dispensaire municipal pour la toxicomanie. Le financement de ce dernier service est fourni par la Municipalité et l'Oblast de Soligorsk et le Gouvernement national. Le programme d'échange des aiguilles et seringues est financé par le gouvernement municipal de Soligorsk et l'ONUSIDA.

⁹ National AIDS Centre (2001). op.cit.

Le programme d'échange des aiguilles et seringues emploie cinq personnes, à savoir un directeur de programme, qui est aussi Directeur adjoint du Centre d'hygiène et d'épidémiologie du district de Soligorsk, une infirmière et un conseiller au site fixe, ainsi que deux animateurs bénévoles de proximité. Le Programme est situé dans le bâtiment du Centre d'hygiène et d'épidémiologie du district de Soligorsk, lui-même proche du centre-ville et d'accès facile, malgré la proximité du siège de la police. Il est ouvert de 14h00 à 17h00 du lundi au vendredi. Les services du Dispensaire municipal de prise en charge de la toxicomanie ont débuté en novembre 2002 ; mais il ne compte aucun personnel à temps complet et l'accès en est difficile, car il est situé au quatrième étage au bout de plusieurs corridors.

Deux animateurs seulement, qui sont des CDI actifs, sont rémunérés. Pourtant, les statistiques relatives aux clients montrent clairement (voir **2.1.5 Couverture**) que nombre d'autres personnes ont accès à des systèmes secondaires de distribution et d'échange. Les animateurs rémunérés disposent de certificats concernant leur travail, au cas où ils seraient contrôlés par la police. Les deux postes rémunérés étaient vacants lors de notre visite, l'un des animateurs était en prison et l'autre avait cessé de consommer de la drogue. Les animateurs, dont des bénévoles non rétribués, couvrent 30 à 40 sites de la ville, touchant chaque jour entre 30 et 100 CDI dans chaque site.

Tableau 1 : Services et produits offerts à Soligorsk

Services et produits	Centre d'hygiène et d'épidémiologie NSEP	Services de prise en charge de la toxicomanie du Dispensaire municipal	Contact
Distribution des aiguilles et seringues	X	X	X
Retour des aiguilles et seringues	X	X	X
Elimination des aiguilles et seringues	X	X	-
Eau pour injections	X	-	-
Compresses et alcool	X	-	-
Désinfectant pour nettoyer les seringues	-	-	-
Vitamines	X	-	-
Filtres et tampons de coton	-	-	-
Traitement de l'hépatite	X	-	-
Traitement du VIH et du SIDA	*	-	Orientation-recours
Désintoxication	Orientation-recours	Orientation-recours	Orientation-recours
Autres médicaments	-	-	-
Distribution de préservatifs	X	X	X
Distribution de matériels d'information, éducation et communication	X	X	X
Education et conseil personnalisés	X	-	-
Education en groupes	-	-	-
Services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles	*	-	
Conseil (général)	X	-	-
Conseil relatif aux drogues	X	X	X
Conseil relatif au VIH et au SIDA	X	-	-
Assistance juridique	*	-	-
Aide au logement et à la santé	-	-	-
Groupes de soutien pour consommateurs de drogues	*	-	-
Groupes de soutien pour anciens consommateurs de drogues	X	-	-
Groupes de soutien pour personnes vivant avec le VIH	-	-	-

* Ces services étaient disponibles en 2001.

Tableau 2: Soligorsk, programme d'échange des aiguilles et seringues, janvier 2000 – décembre 2002

	2000	2001	2002	Total
Seringues distribuées	22 245	103 774	61 254	187 273
Seringues rapportées	19 024	94 458	56 527	170 009
Pourcentage de seringues rapportées	85,5	91	92,3	90,8
Total des visites de clients	1 657	4 716	1 822	8 195
Appels à la permanence téléphonique	302	342	*	644
Conseil	955	561	117	1 623

* Service interrompu par manque de financement

Les seuls services de désintoxication ou autres traitements de la toxicomanie à Soligorsk sont offerts par le Dispensaire municipal de prise en charge de la toxicomanie. Les clients y bénéficient d'une prise en charge ambulatoire ou hospitalière ou sont orientés, pour les hommes, vers l'hôpital de l'Oblast de Minsk pour le traitement des dépendances ou, pour les femmes, vers l'hôpital psychiatrique de l'Oblast. L'hôpital de l'Oblast de Minsk pour le traitement des dépendances compte 40 lits réservés à la désintoxication pour la totalité de l'Oblast et aucun lit n'est spécifiquement réservé aux femmes. La désintoxication en hôpital et sous médicaments dure entre 10 et 30 jours. L'aide ambulatoire apportée par le Dispensaire municipal comprend le conseil et les médicaments pour aider au sevrage.

Il n'existe aucun service de réhabilitation, de traitement de substitution ou autres services de traitement de la toxicomanie à Soligorsk.

2.1.5 Couverture

Le chiffre des personnes déjà contactées, depuis février 2000, est supérieur à 1200 CDI. Les statistiques montrent 1190 clients enregistrés auprès du programme d'échange des aiguilles et seringues de mai 2000 à juillet 2002, puis il a repris en août 2002 et 276 nouveaux clients avaient été enregistrés au 31 décembre 2002. Certains de ces nouveaux clients étaient déjà inscrits auparavant, mais 1200 personnes au moins avaient été enregistrées par le programme entre janvier 2000 et décembre 2002. Le Programme estime avoir contacté 1127 CDI en 2002.

Sur les 276 clients enregistrés entre août et décembre 2002, 16% étaient des femmes (44), chiffre moyen des estimations concernant les consommatrices de drogues injectables au Bélarus. Tous les clients, sauf 10, avaient entre 16 et 30 ans, ce qui correspond au profil général des CDI au Bélarus.

Pour ce qui est du contact régulier, au cours des cinq mois allant d'août à décembre 2002, sur les 276 clients enregistrés, 1% seulement (2) ont participé au programme plus de quatre fois par mois, mais 73% (202) ont emporté en moyenne suffisamment d'aiguilles et de seringues pour couvrir leurs besoins, qu'on estime à 13 seringues au moins par client et par mois. La baisse du financement a réduit le contact régulier en 2002.

Tableau 3: Soligorsk, contact régulier

Fréquentation	Pourcentage de clients (nombre)
Moins d'une fois par mois	53% (149)
Une fois par mois	19% (53)
Une à deux fois par mois	10% (26)
Tous les quinze jours	10% (28)
Tous les quinze à huit jours	7% (18)
Une fois par semaine ou davantage	1% (2)

Tableau 4: Soligorsk, aiguilles et seringues distribuées chaque mois par client

Aiguilles et seringues distribuées chaque mois par client	Pourcentage de clients (nombre)
Moins de 13 aiguilles et seringues par mois	27% (74)
13–40 aiguilles et seringues par mois	42% (116)
41–80 aiguilles et seringues par mois	19% (53)
81–120 aiguilles et seringues par mois	6% (17)
Plus de 120 aiguilles et seringues par mois	6% (16)

Le pourcentage d'échange secondaire est élevé: 31% des clients (86) emportent davantage d'aiguilles et de seringues que celles dont ils risquent d'avoir besoin en un mois, prenant en moyenne plus de 40 seringues par client chaque mois et 12% (33) en emportant en moyenne plus de 80 par client et par mois.

De nombreux clients ont relevé que le personnel du Centre d'hygiène et d'épidémiologie de Soligorsk était très amical, par exemple :

« Nous sommes très chaleureusement reçus ici. C'est très rare d'être si bien accueilli. »
(une jeune cliente)

« Je viens ici pour le bien de mon âme. Même ma mère ne me comprend pas aussi bien qu'on me comprend ici. » (un client plus âgé)

L'appui de l'administration municipale et de la police a été important. Un Conseil multisectoriel sur le VIH et le SIDA a été créé, le directeur du programme d'échange des aiguilles et seringues faisant office de Secrétaire. Le directeur estime que ce conseil ainsi que d'autres méthodes destinées à améliorer la collaboration entre les diverses institutions avaient permis le succès du programme, en soulignant la nécessité d'une coopération entre la police, le personnel du programme et les institutions médicales. Des accords écrits, dont celui signé entre la police et les établissements de santé, ainsi qu'une résolution de l'administration municipale approuvant le programme ont eu leur importance. Les rapports avec la police sont excellents, par exemple, l'itinéraire habituel des patrouilles a été modifié afin que les véhicules de la police passent moins fréquemment devant les locaux du programme au Centre d'hygiène et d'épidémiologie pendant les heures d'ouverture. Plusieurs des personnes interrogées ont considéré que le travail et l'engagement de chacun, y compris ceux du directeur du programme, étaient importants.

Autre facteur fréquemment cité, la place importante accordée aux activités du programme par les journaux, la radio et la télévision; elle est la conséquence de l'appui administratif dont bénéficie le programme. Le directeur du programme, le chef de l'administration municipale et le chef de la milice sont par deux fois venus parler à la télévision de la prévention de la transmission du VIH parmi les CDI. En 2002, une campagne d'information de deux jours a été effectuée, au cours de laquelle des spécialistes de l'information se sont rendus sur chaque lieu de travail, pour diffuser des informations concernant les drogues, le VIH et le SIDA, et le rôle du programme. Le Conseil des femmes, organisation possédant des liens avec tous les lieux de travail, fournit aussi des informations sur le programme à ses membres. De cette manière, le directeur du programme est convaincu que tous les citoyens sont informés des buts et de l'emplacement du programme.

En 2000-2001, aux dires des clients et du personnel du programme, la présence d'autres médecins spécialistes a attiré les CDI, notamment les personnes vivant avec le VIH ou celles qui n'étaient pas sûres de leur sérologie VIH. Ceci, couplé à l'anonymat des clients

(« *anonymat réel et pas seulement prétendu* » souligne un employé du programme) et à la confidentialité concernant la sérologie VIH et d'autres informations, a facilité le dépistage et le traitement du VIH. Comme le dit un client :

« *On peut obtenir un test VIH gratuit ailleurs en ville, mais en un jour, tout le monde serait au courant (des résultats du test).* »

2.1.6 Maintien et extension de la couverture

La situation économique, sociale et politique du Bélarus est telle qu'il est improbable que des fonds locaux ou gouvernementaux soient débloqués pour résoudre les problèmes liés au VIH et aux drogues dans des villes comme Soligorsk. Une aide extérieure sera certainement nécessaire pour que le programme retrouve les niveaux élevés de couverture atteints au milieu de 2001. Au moment de la rédaction du présent rapport, cette assistance semblait prendre la forme d'un prêt de la Banque mondiale, alors en négociation. Pour retrouver une couverture élevée, il conviendra d'accroître les fonds au-delà de l'achat des aiguilles et seringues, pour faire en sorte que les produits tels que l'eau, les vitamines et les médicaments ainsi que les services tels que le traitement des infections sexuellement transmissibles et les consultations des spécialistes des maladies infectieuses et des questions juridiques soient également rétablis. La thérapie antirétrovirale et d'autres soins de santé liés au VIH permettraient aussi d'attirer des clients séropositifs au VIH.

Plusieurs des personnes interrogées ont souligné qu'il serait important de 'compléter la chaîne' des programmes : échange d'aiguilles et de seringues, désintoxication, conseil, traitement à long terme de la toxicomanie, traitements de substitution et réhabilitation. Les traitements de substitution faciliteraient le respect des traitements antirétroviraux et permettraient d'accroître la prévention de la transmission du VIH parmi les CDI.

2.1.7 Lectures complémentaires

Kamlyk AA. *Harm reduction strategies to prevent HIV infection among drug users in Belarus*. Document présenté lors de la XIV^e Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone, Espagne, 7-12 juillet 2002 [TuOrF1164].

Ministry of Health of the Republic of Belarus National Centre for AIDS Prevention. *AIDS in Figures as of 01.07.2001 Informational Bulletin* No. 30. Minsk, Bélarus. 2001.

Ministry of Health of the Republic of Belarus National Centre for AIDS Prevention and UNAIDS. *Strategic Plan of Responses to HIV/AIDS Epidemic in the Republic of Belarus 2001–2003*. Minsk, Bélarus. 2001.

National AIDS Centre. *Situation with the Spread of Injection Drug Use and HIV in the Republic of Belarus : Report on the Rapid Assessment Results*. Minsk, Bélarus. 2001.

2.2 Pskov, Fédération de Russie

2.2.1 Résumé

Pskov, situé au nord-ouest de la Fédération de Russie, est le centre d'une région agricole ; la ville compte 206 000 habitants et elle est la capitale de l'Oblast de Pskov, qui en compte 827 000.

On estime le nombre de consommateurs de drogues injectables (CDI) entre 1200 et 1300. Le nombre des personnes déjà contactées était de 1153 au 31 décembre 2002, soit 88–96% du nombre estimé de CDI. En 2002, 268 CDI ont été contactés par les programmes d'échange des aiguilles et seringues, soit 20,6–22,3% du nombre estimé de CDI. Aucun traitement de substitution n'est offert et un service de réhabilitation des toxicomanes a été créé à Pskov en août 2002.

En termes de contact régulier, sur les 808 clients primaires enregistrés en 2002, 3% (22) seulement avaient fréquenté le lieu d'échange fixe du programme plus d'une fois par mois, 97% (786) s'y étaient rendus moins d'une fois par mois, 14% (114) six à dix fois, 50% (404) deux à cinq fois, et 33% (268) une fois. Le nombre de CDI contactés au cours d'un mois échantillon était de 98, soit 7,5–8,1% du nombre estimé de CDI.

2.2.2 Consommation de drogues et situation du VIH

L'épidémie de SIDA en Fédération de Russie est l'une des épidémies qui augmente le plus rapidement dans le monde. A fin 2003, le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH en Fédération de Russie était de 860 000¹⁰. Les épidémies de SIDA parmi les CDI dans diverses parties du pays, notamment à Moscou et Irkoutsk, sont le moteur de l'épidémie nationale depuis cinq ans. En 1999, une évaluation rapide de la situation à Pskov a estimé que le nombre de CDI se situait entre 400 et 700¹¹.

Suite à une étude des programmes d'échange des aiguilles et seringues dans cinq villes, dont Pskov, en 1999-2000¹², une nouvelle évaluation de la situation a été effectuée en 2000, en contactant les CDI qui avaient eu accès au programme au cours de l'année écoulée¹³. La méthodologie se base sur des informations de référence telles que le nombre d'overdoses, sur la base des données provenant de la milice et des services médico-légaux, ainsi que des données sur les clients des programmes extra-institutionnels et le nombre de CDI enregistrés auprès du Dispensaire de traitement de la toxicomanie de l'Oblast, chaque série de données étant comparée aux résultats d'une enquête auprès de 200 clients du programme. Cette étude a estimé que le nombre de CDI se situait entre 1200 et 1300, estimation qui est maintenant utilisée.

Dans l'Oblast de Pskov, les drogues le plus souvent injectées sont des stimulants à bas d'éphédrine, des opiacés liquides (chernaya) ainsi que de l'héroïne produits localement. Les aiguilles et seringues sont vendues en pharmacie sans ordonnance. A part Pskov, il existe d'autres poches de consommation de drogues et d'infection à VIH dans l'Oblast de Pskov, dont

¹⁰ ONUSIDA (2004, juillet). *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, Suisse. Consulté le 25/08/2006 sur http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_fr/UNAIDSGlobalReport2004_fr.pdf

¹¹ Rhodes T et Sarang A (2002). *HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation*. DFID, Londres (non publié).

¹² Grund J-P, Kobzev D, Melnikov V, Zadoretzky C, Zemlianova E, Titus S, Perlis T, Paone D, Bodrova V et Des Jarlais DC. (2001). *Drug use patterns and HIV risk behaviours of Russian syringe exchange participants*. Document présenté lors de la 12^e Conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, New Delhi.

¹³ Sivatcheva I, Trofimov V, Gonchar E, Igorodetskaya I et Lukicheva T (2002). *Some results of work of Pskov prevention programme among intravenous drug users on limiting the spread of HIV infection*. Materials of II Russian Scientific-Practical Conference on HIV and blood borne viral hepatitis Suzdal Oct 1-3.

une ville, Velikie Luki, et une bourgade, OPOCHKA. En août 2002, 143 personnes vivant avec le VIH étaient enregistrées dans l'Oblast de Pskov, dont 28, y compris huit CDI, sont enregistrés à Pskov même. La prévalence du VIH à Pskov est l'une des plus faibles de la Fédération de Russie et le pourcentage de CDI parmi les personnes vivant avec le VIH (28%) est inférieur à la moyenne nationale qui est d'environ 70%. Le programme d'échange des aiguilles et seringues de Pskov est l'un des 80 programmes implantés en Fédération de Russie.

2.2.3 Historique

Les premiers essais de prévention du VIH parmi les CDI ont débuté à Pskov en 1996 après que le médecin chef du Centre SIDA de l'Oblast, aujourd'hui également directeur du projet de réduction des risques, eut participé à une conférence sur le VIH à Kaliningrad, au cours de laquelle le sujet de l'infection à VIH parmi les CDI avait été abordé. Par la suite, des recherches ont été faites sur internet pour se renseigner sur la prévention de la transmission du VIH parmi les CDI et la réduction des risques. En mai 1997, des employés ont participé à une conférence sur le SIDA et les maladies associées à Saint-Petersbourg au cours de laquelle les premières activités de réduction des risques à Saint-Petersbourg et en Lituanie ont été présentées. Au cours de la même année, le Comité Santé de l'Oblast de Pskov a offert un financement initial au Centre SIDA, utilisé pour l'achat de seringues et d'aiguilles.

Le programme d'échange des aiguilles et seringues a été lancé en août 1998 et annoncé à la télévision locale. En septembre 1998, la première travailleuse de proximité, une consommatrice de drogues injectables active, mariée à un Rom lui-même consommateur actif (alors en prison), a commencé à travailler. Cette première personne a non seulement pu contacter des clients, mais a aussi attiré d'autres travailleurs et volontaires de proximité. Au cours des six premiers mois, il s'agissait principalement de Rom. Il convient de noter que, dès sa création, le projet a largement travaillé avec des CDI appartenant à la communauté rom. En 1998 également, une formation a été mise en place dans le domaine des évaluations et ripostes rapides, afin d'effectuer une évaluation rapide de la situation du VIH et de la consommation de drogues à Pskov et une visite a été organisée à Saint-Petersbourg pour y voir le bus d'échange des aiguilles et seringues. Ayant acquis des connaissances par des expériences tant internationales que nationales, les directeurs du projet ont pu évaluer leur travail et l'améliorer.

En mars 1999, le premier financement extérieur a été fourni au projet par l'Open Society Institute (OSI), Russie. Depuis 1999, le programme a chaque année élargi sa portée géographique ou la gamme de ses services ou les deux, s'efforçant d'atteindre des niveaux élevés de couverture des CDI et d'autres groupes exposés à un fort risque d'infection à VIH. Pour commencer, le projet est parvenu à une forte couverture en matière d'échange des aiguilles et seringues parmi les CDI de Pskov, puis a essayé de fournir des services analogues dans l'ensemble de l'Oblast, en particulier à Velikie Luki et OPOCHKA. Il a ensuite élargi ses services aux professionnel(le)s du sexe et aux détenus, dont un grand nombre sont également CDI. En 2002-2003, le programme avait réduit sa dépendance à l'égard des financiers extérieurs, 56% des fonds étant apportés par les autorités de l'Oblast et du gouvernement central, ainsi que par des entreprises locales.

Peu après le début du programme, lorsque Pskov a participé à l'étude des programmes d'échange des aiguilles et seringues dans cinq villes¹⁴, ses activités ont été évaluées et les changements de comportement parmi les CDI ont été étudiés, en comparant les niveaux de comportement à risque notifiés dans le mois précédent la participation à un programme à ceux du mois écoulé au cours de la participation à un programme.

¹⁴Grund et al. (2001). op.cit.

Sur les 201 CDI interrogés à Pskov, les baisses après participation au programme ont notamment été les suivantes :

- de 26% à 4% des répondants utilisant du matériel d'injection non stérile ;
- de 47% à 36% des répondants utilisant des seringues en commun ; et
- de 25% à 9% des répondants s'injectant dans un local anonyme d'injection.

En 2002, une autre étude¹⁵ de la prévalence du VIH parmi 741 clients participant au programme d'échange des aiguilles et seringues a relevé que moins de 1% d'entre eux étaient séropositifs au VIH.

2.2.4 Caractéristiques des services

Le projet de réduction des risques du Centre SIDA de l'Oblast de Pskov compte un effectif de 22 personnes, dont un directeur de projet, un coordonnateur, un responsable des activités de proximité, un chauffeur, six travailleurs de proximité (dont trois anciens CDI) et un consommateur de drogues injectables actif et huit volontaires non rétribués à Pskov. Douze travailleurs de proximité supplémentaires se trouvent à Velikie Luki. A Pskov, le programme est axé sur les CDI, les professionnel(le)s du sexe et les détenus ; il coopère activement avec les services de traitement des infections sexuellement transmissibles, avec OBNON (police des stupéfiants), le Vice-gouverneur de l'Oblast et les organisations non gouvernementales locales et il a des accords avec tous les établissements médicaux pour orientation-recours.

Les services d'échange des aiguilles et seringues comprennent un lieu fixe à Pskov, une unité mobile qui travaille à Pskov et OPOCHKA, et des activités extérieures de proximité. Le lieu fixe est situé au Centre SIDA de Pskov ; il est ouvert de 8h00 à 19h00 du lundi au vendredi et touche en moyenne 50–60 clients et échange jusqu'à 1300 aiguilles et seringues par semaine ; il offre d'autres services médicaux par l'intermédiaire de la polyclinique du Centre SIDA, y compris un accès à des spécialistes des maladies infectieuses, des thérapeutes et des dentistes. Le programme fournit toute une gamme de matériels (*voir Tableau 5: Services et produits offerts à Pskov*).

Les activités extra-institutionnelles de proximité à Pskov comprennent un travail dans la rue, notamment à la gare, et au domicile des CDI. La majeure partie des aiguilles et seringues sont échangées par distribution secondaire dans quelque 50 appartements. Le programme fournit une aide sociale aux travailleurs de proximité, y compris une aide à la recherche d'emploi et même la possibilité de travailler à temps partiel. Les activités extra-institutionnelles se déroulent entre 9h00 et 19h00 du lundi au vendredi et l'équipe de proximité se réunit chaque jour pour faire le point. Avoir réussi à travailler avec la communauté rom est un des grands succès du projet.

¹⁵Sivatcheva et al. (2002). op.cit.

Tableau 5: Services et produits offerts à Pskov

Services et produits	Site fixe NSEP	Unité mobile NSEP	Contact
Distribution des aiguilles et seringues	X	X	X
Retour des aiguilles et seringues	X	X	X
Élimination des aiguilles et seringues	X	–	–
Eau pour injections	X	–	–
Compresses et alcool	X	X	X
Désinfectant pour nettoyer les seringues	X	X	X
Vitamines	–	–	–
Filtres et tampons de coton	X	–	–
Traitement de l'hépatite		–	–
Traitement du VIH et du SIDA	X	Orientation-recours	Orientation-recours
Désintoxication	Orientation-recours	Orientation-recours	Orientation-recours
Autres médicaments	–	–	–
Distribution de préservatifs	X	X	X
Distribution de matériels d'information, éducation et communication	X	X	X
Éducation et conseil personnalisés	X	X	X
Éducation en groupes	–	–	–
Services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles	Orientation-recours	Orientation-recours	Orientation-recours
Conseil (général)	X	–	–
Conseil relatif aux drogues	Orientation-recours	Orientation-recours	Orientation-recours
Conseil relatif au VIH et au SIDA	X	–	–
Assistance juridique	–	–	–
Aide au logement et à la santé	–	–	–
Groupes de soutien pour consommateurs de drogues	–	–	–
Groupes de soutien pour anciens consommateurs de drogues	–	–	–
Groupes de soutien pour personnes vivant avec le VIH	–	–	–

Tableau 6: Programme d'échange des aiguilles et seringues de Pskov, 1999–2002

	Janvier – décembre 1999	Mai 2000 – mars 2001	Juin 2001 – mai 2002	Total
Seringues distribuées	24 667	36 660	64 570	125 897
Seringues rapportées (%)	85,5	91	92,3	89,6
Total des visites de clients	*	6 662	5 130	11 792
Préservatifs distribués	5 894	11 007	17 374	34 275

* « non enregistré »

A Pskov, la désintoxication est effectuée par les services de dépendance à l'égard des drogues, mais il n'existe pas de services offrant un traitement de substitution dans l'Oblast de Pskov. En août 2002, 'Kamen', un centre de réhabilitation, a été créé, qui coopère avec le programme de réduction des risques. Le centre est financé par plusieurs sources, dont des églises, mais moins de 20 personnes ont fréquenté le programme.

2.2.5 Couverture

Le Programme a contacté 575 clients en 1999, 793 en 2000, 857 en 2001 et 1153 à fin 2002. Kamen, le service de réhabilitation, a aussi touché 20 clients, mais on ne sait pas si ces clients fréquentaient également le Programme.

Pour ce qui est des contacts réguliers, 3% (22) des 808 clients primaires enregistrés par le Programme en 2002, ont fréquenté le site fixe d'échange chaque mois ou plus fréquemment, alors que 97% (786) l'ont fréquenté moins d'une fois par mois.

Tableau 7 : Pskov, contact régulier

Fréquentation du site d'échange fixe	Pourcentage de clients (nombre)
12 fois ou davantage en 12 mois	3% (22)
6–10 fois en 12 mois	14% (114)
2–5 fois en 12 mois	50% (404)
Une fois en 12 mois	33% (268)

La fréquentation du site d'échange fixe est faible. Cependant, l'utilisation de services mobiles, de travailleurs de proximité, de volontaires et d'un système poussé d'échange secondaire permet de distribuer les aiguilles et seringues à un vaste réseau de CDI. Il est probable que la crainte d'une surveillance par la police (*voir 2.2.6 Maintien et extension de la couverture*) est une des causes de la faible fréquentation du site fixe, la plupart des clients préférant obtenir leurs seringues auprès de leurs amis. Il est impossible d'estimer la couverture du système d'échange secondaire, mais le Directeur du projet estime que de nombreux CDI reçoivent leurs aiguilles et seringues régulièrement par le biais de ce système secondaire.

Le recrutement d'une consommatrice de drogues injectables active comme travailleuse de proximité a été un facteur important dans la croissance initiale du programme. Sans sa participation, il aurait été impossible de créer des liens avec la communauté des CDI. Plusieurs essais avaient été faits auparavant par le personnel du Centre SIDA, sans succès. L'instauration de rapports de confiance solides avec les consommateurs a été essentielle pour pénétrer les réseaux de CDI.

La mise en place d'un système efficace de gestion et d'encadrement de l'équipe de proximité a été cruciale pour l'extension des activités de proximité et de la couverture du programme d'échange. Etant donné que tous les travailleurs de proximité étaient des CDI, il était important d'instaurer un système solide de gestion en mesure de maintenir la discipline et d'assurer le respect des règles, par exemple ne pas consommer de drogues durant les heures de travail. Les travailleurs de proximité ont été encouragés à trouver de nouveaux clients et de ne pas se cantonner à ceux qu'ils connaissent bien. Le Directeur du projet a étroitement collaboré dès le début avec les travailleurs de proximité et connaissait personnellement un grand nombre de clients.

Pour assurer une gestion efficace et transparente, des réunions d'équipe hebdomadaires ont été organisées. Les travailleurs de proximité avaient des objectifs clairs à atteindre chaque semaine et des normes de contact : p. ex. à un certain moment, chaque travailleur de proximité devait contacter au moins dix nouvelles personnes chaque semaine, dont trois devaient être des femmes. On a estimé que le contact avec de jeunes consommatrices constituait une priorité importante. De plus, une autre règle veut que tous les nouveaux clients se présentent au site d'échange fixe ou soient présentés au Coordonnateur du projet. Le programme de travail et les règles figuraient dans les descriptions de postes et les autres documents officiels signés par les employés.

Pour améliorer la couverture, il s'est révélé important d'instaurer compréhension et partenariats avec les principaux responsables municipaux, dont les chefs du Département de la santé de l'Oblast, de l'OBNON et du GUIN (Département pénitentiaire), tout comme l'a été la résolution du Vice-gouverneur de mettre en place des programmes de réduction des risques à Opočka et Velikie Luki.

2.2.6 Maintien et extension de la couverture

Certaines personnes et institutions dans quelques endroits et l'absence de politiques et lois nationales de soutien constituent les principaux obstacles au maintien et à l'extension de la couverture. Par exemple, la lenteur de l'introduction d'un programme d'échange des aiguilles et seringues à OPOCHKA est due à la résistance manifestée par certains responsables de la police locale, malgré l'appui du Vice-gouverneur de l'Oblast. A l'échelon national, il n'existe pas de cadre de réglementation relatif au fonctionnement des projets de réduction des risques. Par exemple, il n'a pas été défini de poste d'assistant social au sein des institutions de santé publique. En conséquence, le Centre SIDA ne peut recruter un consommateur de drogues injectables ou toute autre personne qui n'a pas le niveau approprié d'éducation, pour travailler avec les groupes cibles, sinon en se montrant créatif, p. ex. en utilisant des fonds extérieurs. L'absence de cadre juridique national officiel signifie que les problèmes constants avec la police, notamment celle de Saint-Petersbourg, qui effectue périodiquement des raids à Pskov, empêchent certains CDI d'accéder aux services tant fixes que mobiles.

En décembre 2002, l'Oblast de Pskov figurait au 62^{ème} rang sur les 88 territoires de la Fédération de Russie pour ce qui est de la prévalence du VIH. Etant donné que la prévalence du VIH est faible, le Centre SIDA est en mesure de dispenser des soins à la plupart des personnes séropositives au VIH, y compris un accès expérimental aux thérapies antirétrovirales. Un accès accru à des traitements efficaces améliorerait la capacité du Programme à attirer les personnes vivant avec le VIH vers ses services de manière plus régulière. Les traitements de substitution contribueraient également à ce processus et permettraient d'améliorer la prévention du VIH parmi les CDI.

Il est difficile de prévoir la viabilité du projet. Il est possible que de nouveaux fonds extérieurs apportés par le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni et un prêt de la Banque mondiale permettent de trouver suffisamment de ressources pour garder le programme en activité.

2.2.7 Lectures complémentaires

Burrows D. *A Best Practice Model of Harm Reduction in the community and in prisons in Russian Federation. Final Project Report.* World Bank. Washington et Moscou. 2003.

Grund J-P, Kobzev D, Melnikov V, Zadoretzky C, Zemlianova E, Titus S, Perlis T, Paone D, Bodrova V et Des Jarlais DC. *Drug use patterns and HIV risk behaviours of Russian syringe exchange participants.* Document présenté lors de la 12^e Conférence internationale sur les risques liés aux drogues, New Delhi, Inde. 2001.

Rhodes T et Sarang A. *HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation.* DFID, Londres. 2002 (non publié).

Russian Federation Ministry of Health. *Officially Registered Cases of HIV Infection in the Russian Federation, 1987-5 May 2003.* Report based on data from Russian AIDS Centre. Moscou. 2003.

Sivatcheva I, Trofimov V, Gonchar E, Igorodetskaya I et Lukicheva T. *Some results of work of Pskov prevention programme among intravenous drug users on limiting the spread of HIV infection.* Materials of II Russian Scientific-Practical Conference on HIV and blood-borne viral hepatitis. Suzdal, 1-3 octobre 2002.

2.3 Sumy, Ukraine

2.3.1 Résumé

Sumy, situé à quelque 500 km au nord-est de Kiev et comptant 297 000 habitants, est le centre d'une région industrielle limitrophe de la Fédération de Russie et la capitale de l'Oblast de Sumy, dont la population est de 1,35 million.

On estime que le nombre de consommateurs de drogues injectables (CDI) à Sumy est de 1500. Le nombre des personnes déjà contactées par le programme d'échange des aiguilles et seringues était de 1100 au 31 janvier 2002, soit 73% du nombre estimé de CDI. Il n'existe aucun programme de substitution ou de réhabilitation.

Pour ce qui est du contact régulier, sur les 341 clients ayant fréquenté le Programme au cours d'un mois-échantillon en 2002, 14% étaient venus entre six et 10 fois, 50% entre deux et cinq fois et 33% une fois. Le nombre des CDI contactés au cours d'un mois test était de 341, soit 22,7% du nombre estimé de CDI.

2.3.2 Consommation de drogues et situation du VIH

L'Ukraine connaît la plus forte augmentation des infections à VIH liées à la consommation de drogues injectables de l'Europe orientale. A fin 2003, le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH en Ukraine était de 360 000¹⁶. En 2002, on estime qu'il s'y trouvait plus de 300 000 CDI.

Le Programme national de prévention du VIH et du SIDA est exécuté dans l'Oblast de Sumy par l'intermédiaire du Programme de prévention du VIH et du SIDA 2001-2003, approuvé par le Chef de l'administration de l'Oblast et qui :

« ... assure le fonctionnement de programmes d'échange des aiguilles et seringues à l'intention des CDI et de lieux de confiance (y compris des unités mobiles) à l'intention des membres d'autres groupes vulnérables dans toutes les villes de l'Oblast afin de leur fournir une vaste gamme de services médicaux, psychologiques, juridiques et sociaux. »

Une déclaration analogue figurait dans le Plan de prévention précédent pour 1999-2000.

Selon la Clause 4 de la loi ukrainienne sur la prévention du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et la protection sociale de la population (1998), l'Etat assure :

« la prévention du VIH parmi les personnes qui consomment des drogues injectables, notamment les conditions nécessaires à l'échange des aiguilles et seringues usagées par des aiguilles et seringues stériles. »

On estime à 1500 le nombre de CDI à Sumy. Ce chiffre a été obtenu par l'application d'une technique de multiplicateur, utilisant comme référence le nombre de CDI enregistrés et comme multiplicateur le pourcentage de clients du programme d'échange des aiguilles et seringues enregistrés. Le chiffre obtenu a été comparé à une estimation obtenue grâce aux entretiens du personnel du Programme avec des CDI et une autre estimation faite par un journaliste local. A fin 2002, le nombre de personnes vivant avec le VIH enregistrées à Sumy était de 75, dont 35 étaient des CDI. Ce pourcentage de CDI parmi les personnes vivant avec le VIH est

¹⁶ ONUSIDA (2004, juillet). *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, Suisse. Consulté le 25/08/2006 sur http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_fr/UNAIDSGlobalReport2004_fr.pdf

inférieur à la moyenne nationale de 57%¹⁷. Dans l'Oblast de Sumy, on comptait 489 personnes vivant avec le VIH enregistrées, dont 301 étaient des CDI. Plus de 20 programmes ont été mis en place en Ukraine et le Programme de Sumy est l'un d'entre eux.

2.3.3 Historique

Au milieu de 1998, l'Epidémiologiste en chef de l'Oblast de Sumy a reçu une nouvelle loi sur le SIDA, contenant la clause relative à l'échange des aiguilles et seringues, citée au paragraphe **2.3.2 Consommation de drogues et situation du VIH**. Avant cette occasion, l'Epidémiologiste en chef n'avait jamais entendu parler d'échange des aiguilles et seringues. Une clause analogue fut alors insérée dans le Plan de prévention du VIH et du SIDA de l'Oblast de Sumy, 1999-2000. ce type de programme étant mentionné dans le Plan de prévention de l'Oblast, certaines zones de l'Oblast ont lancé ces programmes, tout d'abord à Shostka, la deuxième ville en importance, puis dans les villes de Romni, Esbudar et Ochir.

En août 1999, l'Epidémiologiste en chef est devenu Médecin principal du Centre de prévention du VIH et du SIDA de l'Oblast de Sumy et a demandé l'aide de l'ONUSIDA et de l'International Renaissance Foundation pour la mise en place d'un programme d'échange des aiguilles et seringues. La demande a reçu l'appui de l'Administration de l'Oblast, notamment du Département de la Santé. L'OBNON, la police des stupéfiants, a également apporté son soutien dès le début du programme. Un officier supérieur de l'OBNON ainsi que le premier Directeur adjoint du Département de la santé et le Médecin-chef du Centre SIDA de l'Oblast avaient participé à une réunion sur les Stratégies de réduction des risques à Kiev en janvier 2000.

En mai 2000, un programme d'échange des aiguilles et seringues a été lancé au Centre de prévention du VIH et du SIDA de l'Oblast de Sumy, géré à ses débuts par le Centre SIDA; puis la fondation de bienfaisance 'Pace Forward to Meeting' a repris le programme en septembre 2002. Une aide technique a été apportée par les programmes d'échange des aiguilles et seringues de Poltava et Nikolaev.

Un ancien consommateur de drogues injectables récemment libéré de prison est devenu le premier travailleur de proximité du Programme et a participé à un atelier de formation concernant les activités de proximité à Kiev. Ce travailleur de proximité connaissait un grand nombre de CDI et a commencé à distribuer des aiguilles et seringues parmi ses amis et connaissances, ainsi que dans les lieux de vente des drogues, expliquant les buts et les activités du programme. C'est ainsi qu'un grand nombre de CDI ont fréquenté le site fixe du Centre SIDA.

De septembre 2000 à janvier 2001, trois unités mobiles d'échange ont fonctionné dans divers quartiers de la ville, afin de toucher le plus grand nombre possible de CDI et les informer des activités du programme. De cette manière et avec l'assistance de CDI informés dans les divers quartiers de la ville, les sites et les heures d'ouverture du programme ont été fixés. Ces sites ont été mis en place entre juin 2000 et juillet 2001. Le programme comptait un directeur de projet, un travailleur de proximité principal, cinq assistants sociaux, un psychologue et un comptable. Des consultations avec le spécialiste des maladies infectieuses du Centre SIDA et un juriste ont été organisées pour les clients du Programme.

D'ici décembre 2000, deux sites fixes et quatre sites de terrain étaient en fonction lorsque le travailleur de proximité principal a rencontré un trafiquant afin de l'encourager à s'impliquer dans le Programme. Le trafiquant s'est montré à la fois soupçonneux et agressif,

¹⁷Dr Arielle Braye. 3 by 5 Country Programme Officer, WHO Country Office in Ukraine. (communication personnelle, avril 2005).

mais le travailleur de proximité a insisté, revenant avec des matériels pédagogiques et des aiguilles et seringues et expliquant les buts du Programme. Enfin, des liens d'amitié se sont forgés, trois autres trafiquants ont été présentés et les quatre trafiquants sont devenus des pourvoyeurs secondaires des aiguilles et seringues pour le programme.

En octobre 2002, la fondation de bienfaisance 'Pace Forward to Meeting' a lancé des activités de prévention du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe, notamment la fourniture de matériels d'information et d'éducation relatifs au VIH, la distribution de matériels de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, des préservatifs, des désinfectants et d'autres produits, et a orienté les professionnel(le)s du sexe vers des services tels que le Centre SIDA, le dispensaire des IST ou le programme d'échange des aiguilles et seringues et organisé des groupes d'entraide à l'intention des professionnel(le)s du sexe et des conférences de presse, des séminaires, des tables rondes, etc.

2.3.4 Caractéristiques des services

L'échange des aiguilles et seringues et d'autres services à l'intention des CDI sont fournis dans deux sites fixes au Centre SIDA de l'Oblast et au Dispensaire de prise en charge de la toxicomanie de l'Oblast de Sumy où les clients sont reçus par une infirmière, et dans quatre sites de terrain où travaillent en alternance les assistants sociaux et un psychologue. Les heures d'ouverture sont les suivantes :

- Centre SIDA de l'Oblast de Sumy, lundi au vendredi, 9.00–16.00 ;
- Dispensaire de l'Oblast de Sumy, 24 heures sur 24, sept jours par semaine ;
- Sites de terrain :
 - Rue Prokofiev : lundi au vendredi, 15.00–17.00 ;
 - Rue SKD : mardi et jeudi, 15.00–17.00 ;
 - Rue Sumskaya : mardi, jeudi et samedi, 13.00–15.00 ; et
 - Rue Parkovaya : mercredi 15.00–17.00.

Le budget du programme finance les cinq assistants sociaux, un psychologue, un comptable, un directeur du projet de réduction des risques et un assistant. Les salaires des employés des sites fixes et des infirmières du Centre SIDA et du Dispensaire sont financés par leurs budgets respectifs. Le psychologue donne des consultations brèves dans les sites de terrain et les clients sont invités à se rendre au Centre SIDA pour des consultations de conseil plus longues ou plus privées.

De plus, trois CDI volontaires formés offrent l'échange secondaire des aiguilles et seringues, ainsi que des matériels d'information et d'éducation à d'autres CDI qui ne fréquentent pas les sites d'échange. Quelque 100 CDI, dont des adolescents, utilisent ce système secondaire d'échange.

L'accès aux sites fixes et mobiles est simple et rapide. Les clients du Programme utilisent une entrée séparée du Centre SIDA et l'échange des aiguilles et seringues se fait dans une pièce séparée. Sur le terrain, les assistants sociaux fournissent des aiguilles et seringues, des compresses à l'alcool, des préservatifs, du désinfectant, certains médicaments de base (comme des comprimés contre le mal de tête), des conseils et une orientation vers les services de dépistage du VIH et de traitement du VIH et de la toxicomanie. Les clients des sites de terrain déclarent recevoir ce dont ils ont besoin auprès du Programme, bien que les préservatifs manquent parfois. Les aiguilles et seringues et les compresses sont considérées comme les produits les plus importants.

Certaines des personnes interrogées craignaient que la police surveille ou même filme les sites de terrain ou le Centre SIDA. D'autres en riaient et l'une d'entre elles a déclaré que fréquenter

le site était «*comme aller au magasin—la routine*». D'autres expliquaient qu'elles se sentaient en sécurité au site de terrain, disant «*La police connaît cet endroit, mais elle ne nous embête pas ici*». Cette absence de présence policière autour des sites de terrain a été confirmée par l'OBNON.

Les aiguilles et seringues sont récupérées par les employés du programme et placées dans des récipients de sécurité, qui lorsqu'ils sont pleins sont stockés au Centre SIDA. Tous les trois mois, ils sont transportés dans une usine métallurgique locale pour être brûlés.

Tous les sites du programme d'échange des aiguilles et seringues tiennent des dossiers concernant les visites des clients et les services offerts. Un code numérique unique et simple est utilisé et tous les nouveaux clients reçoivent une carte d'identification comportant ce numéro. Cette carte doit être présentée lors de chaque visite. Des données concernant les aiguilles et seringues distribuées et rapportées, ainsi qu'une série d'autres renseignements sont récoltés. Chaque nouveau client doit remplir un questionnaire concernant leur âge, leur sexe ainsi que leurs comportements sexuels et leurs pratiques de consommation de drogues. Quelque 600 questionnaires ont récemment été analysés. D'autres questionnaires destinés à suivre les changements de comportement des clients sont distribués à un échantillon de 100 clients sur une période d'une à deux semaines tous les six mois. En mai-juin 2001, le Programme a entrepris une recherche qualitative au moyen d'entretiens détaillés, d'un questionnaire et de groupes thématiques, afin de mieux comprendre les besoins des clients.

Tableau 8: Sumy, services et produits offerts

Services et produits	Centre SIDA NSEP	Dispensaire de prise en charge de la toxicomanie NSEP	Sites de terrain
Distribution des aiguilles et seringues	X	X	X
Retour des aiguilles et seringues	X	X	X
Élimination des aiguilles et seringues	X	–	X
Eau pour injections	–	–	–
Compresses et alcool	X	X	X
Désinfectant pour nettoyer les seringues	X	–	X
Vitamines	X	–	X
Filtres et tampons de coton	X	–	X
Traitement de l'hépatite	X	–	X
Traitement du VIH et du SIDA	X	Orientation-Recours	Orientation-Recours
Désintoxication	Orientation-Recours	X	Orientation-Recours
Autres médicaments	X	–	X
Distribution de préservatifs	X	X	X
Distribution de matériels d'information, éducation et communication	X	X	X
Éducation et conseil personnalisés	X	–	X
Éducation en groupes	X	–	X
Services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles	Orientation-Recours	Orientation-Recours	Orientation-Recours
Conseil (général)	X	–	X
Conseil relatif aux drogues	Orientation-Recours	X	Orientation-Recours
Conseil relatif au VIH et au SIDA	X	Orientation-Recours	Orientation-Recours
Assistance juridique	–	–	–
Aide médicale primaire	X	–	X
Test VIH volontaire avec conseil pré- et post-test	X	X	X
Aide au logement et aide sociale	–	–	–
Groupes de soutien pour consommateurs de drogues	–	–	–
Groupes de soutien pour anciens consommateurs de drogues	–	–	–
Groupes de soutien pour personnes vivant avec le VIH	–	–	–

Tableau 9 : Programme d'échange des aiguilles et seringues de Sumy, mai 2000–décembre 2002

	Mai – décembre 2000	2001	2002	Total
Seringues distribuées	22 967	109 972	141 282	274 221
Seringues rapportées	20 845	106 028	133 158	260 031
Pourcentage de seringues rapportées	90,7	96,4	94,2	94,8
Total des contacts clients	3 699	14 368	18 550	36 617

La désintoxication est effectuée par les services de prise en charge de la toxicomanie. Il n'existe pas de traitement de substitution ou autre traitement lié aux drogues dans l'Oblast de Sumy.

2.3.5 Couverture

Le nombre des CDI contactés fréquentant les programmes d'échange des aiguilles et seringues a été de 382 en 2000, 825 en 2001, 1047 à fin 2002 and 1100 au 31 janvier 2003. Le tableau ci-dessous présente la distribution des 1100 clients par âge.

Tableau 10 : Répartition par âge des clients du programme d'échange de seringues, Sumy

Age	Pourcentage
Moins de 19	10%
20–25	44%
26–29	20%
30–35	16%
36–39	6%
Plus de 39	4%

Sur les 600 formulaires d'enregistrement des clients qui ont été analysés, 13% étaient des femmes.

Pour ce qui est du contact régulier, les statistiques relatives aux clients ont été analysées et une moyenne calculée pour deux mois-échantillon choisis au hasard en 2002. Le tableau ci-après présente la fréquentation des 341 clients primaires qui ont eu accès au programme.

Tableau 11 : Sumy, contact régulier

Fréquentation	Pourcentage de clients (nombre)
1–5 fois par mois	69% (229)
6–10 fois par mois	21% (73)
11–15 fois par mois	7% (27)
16–20 fois par mois	1,4% (6)
21–25 fois par mois	0,6% (2)
26–30 fois par mois	1% (4)

Les employés du Programme estiment que 10% de toutes les aiguilles et seringues distribuées l'ont été dans le cadre d'échanges secondaires, et elles ont été remises à quelque 100 autres CDI.

Les principaux facteurs qui ont permis d'atteindre une couverture élevée parmi les CDI sont les suivants :

- la politique nationale. La loi ukrainienne, *De la prévention du SIDA et de la protection sociale de la population* (1998), qui a intégré les programmes d'échange des aiguilles et seringues dans les programmes de prévention du VIH à l'échelle nationale et les Plans de prévention du SIDA qui mettent l'accent sur les programmes d'échange des aiguilles et seringues ;
- de bons rapports de travail entre le directeur du projet et l'Administration de l'Oblast, l'OBNON et le Département de la santé de l'Oblast ;
- la stabilité du financement des donateurs sur trois ans, et le fait que les donateurs aient offert formation, information et assistance technique ;
- la commodité des sites de terrain pour que les CDI aient accès aux services près de leur domicile et/ou des points de vente de la drogue ;
- l'effet 'boule de neige', c.-à-d. que les clients qui amènent un nouvel usager au Programme reçoivent une petite prime d'encouragement. Avec le temps, des groupes de CDI qui consommaient ensemble, ont commencé à fréquenter le Programme. Parfois, il leur arrivait de disparaître ultérieurement en groupe, soit parce qu'ils quittaient la ville ou étaient incarcérés, mais généralement ils revenaient ensuite au Programme ;
- la stabilité des sites de terrain, où les horaires étaient respectés quels que soient le temps ou les autres conditions défavorables ;
- la régularité du suivi du projet ;
- la participation rémunérée de CDI anciens ou actifs comme travailleurs de proximité, et l'aide des leaders parmi les CDI. Des rapports de confiance se sont progressivement instaurés avec les CDI et les employés se sont efforcés de toujours rester polis et tolérants, d'avoir une attitude positive et de mettre à l'aise les clients dans les sites fixes comme dans les sites de terrain ;
- la stabilité du personnel du programme, dont on estime qu'elle était une conséquence de la motivation personnelle des responsables du programme, les réunions régulièrement organisées pour débattre des problèmes et préoccupations, la formation continue, la sécurité en matière juridique et l'appui des autorités locales aux programmes d'échange des aiguilles et seringues ;
- les contacts réguliers avec les journalistes, y compris un concours destiné aux médias régionaux pour le meilleur reportage sur les activités du projet de réduction des risques et le financement de la participation de deux journalistes à des sessions de formation au reportage sur le VIH ; et
- le fait d'associer les points forts de la fondation de bienfaisance 'Pace Forward to Meeting', et du Centre SIDA, qui est une organisation gouvernementale, pour exécuter le programme.

2.3.6 Maintien et extension de la couverture

La fondation de bienfaisance, 'Pace Forward to Meeting', prévoit d'élargir ses activités aux trois plus grandes prisons et a fait une demande de financement international pour un projet destiné à fournir un enseignement sur le VIH aux détenus et au personnel, ainsi que des préservatifs et un accès à des aiguilles et seringues.

Dans le cadre des programmes d'échange des aiguilles et seringues, les assistants sociaux rencontrent souvent les mères, épouses et autres membres des familles des CDI. Vers la fin de 2002, deux réunions ont été organisées avec des groupes de mères de CDI, qui souhaitaient un appui pour aider leurs enfants à cesser de consommer. Il s'en est suivi un débat concernant la nécessité de mettre en place un programme de réhabilitation, qui n'a pas été lancé jusqu'ici.

Les traitements de substitution contribueraient à fournir aux CDI séropositifs au VIH la thérapie antirétrovirale ainsi que d'autres traitements, et permettraient d'améliorer la prévention du VIH parmi les CDI. 'Pace Forward to Meeting' prévoit de faire une demande auprès de l'International Renaissance Foundation et de l'Open Society Institute pour mettre en place des traitements à la méthadone en Ukraine, mais ceci ne s'est pas encore concrétisé.

Les activités actuelles du Gouvernement ukrainien au titre d'une subvention du Fond mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et d'un prêt de la Banque mondiale pourraient peut-être permettre d'augmenter les fonds destinés à Sumy et à l'Oblast de Sumy pour poursuivre et élargir les activités des programmes d'échange des aiguilles et seringues

2.3.7 Lectures complémentaires

Balakireva O, Galustian Y, Yaremenko O, Scherbynskyia A, Kruglov Y, Levchuk N, Onikienko V, Andruschak L, Barnett T et Whiteside A. *The social and economic impact of HIV and AIDS in Ukraine : A re-study*. British Council/ Ukrainian Institute for Social Research. Kiev, Ukraine. 2001.

Ukraine Ministry of Health. *HIV/AIDS Epidemiology Bulletin*. 1^{er} juillet 2003.

ONUSIDA (juin 2002). *Join the fight against AIDS in Ukraine*. Kiev, Ukraine.

3. Etudes de cas : Asie

3.1 Dhaka, Bangladesh¹⁸

3.1.1 Résumé

Dhaka, 12 millions d'habitants, est la capitale du Bangladesh. On estime le nombre de consommateurs de drogues injectables (CDI) à 7650. Le nombre total des contacts était de 9630 CDI en six ans à fin décembre 2002.

Pour ce qui est du contact régulier, un mois-échantillon en 2001 a été analysé au cours duquel quelque 4000 clients avaient fréquenté les centres de consultation ou avaient été contactés par d'autres services, ce qui correspond à 52% des CDI de Dhaka.

3.1.2 Consommation de drogues et situation du VIH

Le Bangladesh connaît une prévalence du VIH bien inférieure à celle de plusieurs autres pays d'Asie du Sud. A fin 2003, on situait le nombre des personnes vivant avec le VIH au Bangladesh entre 2500 et 15 000¹⁹. On estime le nombre de consommateurs de drogues entre 100 000 et 1,7 million, dont 20 000–25 000 sont des CDI²⁰. Il existe trois programmes d'échange des aiguilles et seringues ou projets apparentés au Bangladesh, tous mis en place et financés par CARE-Bangladesh, ainsi qu'un petit nombre de programmes de traitement de la toxicomanie.

On estime le nombre de CDI à Dhaka à 7500. Ce chiffre a été obtenu par une évaluation rapide de la situation du VIH et de la consommation de drogues réalisée par CARE-Bangladesh en 1998²¹. Des enquêtes régulières de surveillance comportementale ont identifiés quelques CDI séropositifs au VIH.

Tableau 12: CDI séropositifs au VIH à Dhaka

CDI séropositifs au VIH à Dhaka	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Nombre de CDI testés	402	418	400	400
Nombre (%) de séropositifs au VIH	11 (2,7)	6 (1,4)	7 (1,7)	16 (4)

3.1.3 Historique

Le Projet Shakti de CARE-Bangladesh destiné aux CDI (Projet SHAKTI) a commencé à Dhaka en mai 1998. Avant le lancement du projet, une évaluation rapide a été réalisée, qui a permis d'estimer qu'il y avait à Dhaka quelque 7650 CDI et au moins 11 000 fumeurs d'héroïne. Parmi les autres résultats, il faut noter que :

- pour les CDI, la buprénorphine injectable était la drogue de choix, ainsi que d'autres médicaments sous ordonnance tels que le diazépam, la prométhazine et la phéniramine, utilisée en parallèle avec la buprénorphine ;

¹⁸ Une partie des informations figurant dans cette section est tirée de Panda S, Chapter IV: Outreach in Dhaka, Bangladesh, in UNAIDS/AHRN/UNODC (2002). *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Geneva, Switzerland. http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf

¹⁹ ONUSIDA (2004, juillet). *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, Suisse. Consulté le 25/08/2006 sur http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_fr/UNAIDSGlobalReport2004_fr.pdf

²⁰ NASROB (National Assessment of Situation and Responses to Opioid/ Opiate Use in Bangladesh) (2002 June). *What will happen to us? Country highlights and recommendations*. Family Health International/ CARE/ HASAB. Dhaka.

²¹ Beg M. (1999). *Injecting drug user Intervention, SHAKTI Project, CARE-Bangladesh*. Activity Report March 1998 to June 1999. CARE Dhaka.

- plus de 90% des CDI ont auparavant fumé de l'héroïne, c'est pourquoi on pourrait considérer les 11 000 fumeurs d'héroïne comme des CDI potentiels ; et
- plus de 80% des CDI avaient utilisé les mêmes aiguilles et seringues que d'autres consommateurs, 90% avaient partagé d'autres matériels, 30% étaient sans-abri, 46% n'avaient aucune instruction, 84% avaient déjà été arrêtés et 66% avaient déjà fait de la prison.

Les employés du Projet SHAKTI, avec l'aide de guides, d'anciens consommateurs actifs de drogues injectables et autres informateurs, ont dressé une carte de la ville par des visites sur le terrain et des observations, identifiant 42 sites d'injection, dont plusieurs lieux de vente. Le projet a commencé par former 12 consommateurs actifs de drogues injectables comme travailleurs de proximité. Cette formation sur cinq jours a porté sur de nombreux sujets, dont l'éducation concernant les infections sexuellement transmissibles, le VIH et les problèmes liés aux drogues, la fourniture de soins pour traiter les abcès et les infections sexuellement transmissibles, l'échange des aiguilles et seringues et la distribution de préservatifs. Au cours de la formation les horaires de travail et les règles s'appliquant au comportement des employés ont été fixés, notamment pas de consommation et ni de possession de drogues durant les heures de travail et éviter de se livrer à des activités criminelles.

Le premier centre d'assistance a été créé en avril-mai 1998, en évitant les points de vente de drogue. Le Commissaire de la circonscription a offert gratuitement des locaux dans ses propres bureaux, au centre communautaire et, d'ici à juin 1998, les travailleurs de proximité avaient contacté 150 CDI et distribué 1753 aiguilles et seringues.

En juin 1999, le nombre moyen de CDI contactés chaque jour était de 1945 pour atteindre plus de 2200 certains jours. Six centres d'assistance supplémentaires avaient été ouverts et 20 vendeurs de médicaments formés, ainsi que 160 éducateurs pour les pairs. Le programme a fini par compter 11 centres et 50 travailleurs de proximité. Sur la base de l'expérience acquise à Dhaka, CARE-Bangladesh a ainsi lancé des programmes analogues à l'intention des CDI dans le nord-ouest du Bangladesh à Rajshahi, en mai 1999, à Chapai Nawabganj en mars 2001 et à Char Narendrar en février 2002 (*voir 3.2 Rajshahi, Bangladesh*).

3.1.4 Caractéristiques des services

A Dhaka, on compte 11 centres d'assistance, qui offrent aux CDI des services de prévention du VIH, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles et des soins de santé primaires, notamment le traitement des abcès. Des consultations hebdomadaires de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles sont assurées par un médecin dont le salaire est partiellement couvert par les Marie Stopes International Clinics, une organisation non gouvernementale internationale, et le reste des soins médicaux sont fournis chaque semaine par un médecin du gouvernement. Les employés du Projet SHAKTI estiment que les liens du programme avec CARE, les pouvoirs publics et des organisations non gouvernementales internationales ont contribué à protéger les centres de l'opposition du voisinage.

Les centres d'assistance sont ouverts de 8h00 à 15h00 du samedi au jeudi et quelque 1570 CDI s'y rendent chaque mois. Les centres servent aussi de lieux de rencontre pour les travailleurs de proximité et les éducateurs pour les pairs ainsi que pour les cours donnés à des groupes de CDI, ils fournissent des services d'orientation-recours vers d'autres lieux tels que les hôpitaux pour les personnes connaissant des problèmes médicaux plus graves, pour le dépistage du VIH et le traitement de la toxicomanie et offrent un lieu sûr où les CDI peuvent se retrouver. Chaque centre compte un responsable et une autre personne, généralement un consommateur actif ou ancien, qui soigne les abcès.

Les programmes d'échange des aiguilles et seringues n'ont pas été implantés dans les centres d'assistance lorsque des consultations dans la communauté ont révélé que les voisins craignaient que ces programmes ne transforment les centres en lieux de shoot. Ces services ont donc plutôt été fournis par les travailleurs de proximité, qui utilisent le centre comme base, pour chercher leurs matériels, tenir leurs réunions, remplir les formulaires de suivi et autres et stocker les matériels usagés. Ces derniers, soit quelque 25 000 à 30 000 aiguilles et seringues sont ramassés une fois par mois dans tous les centres et transportés vers un institut de recherche médicale où ils sont brûlés dans un incinérateur de déchets médicaux.

En plus des 42 sites repérés avant le projet, quelque 30 autres lieux de vente et de consommation de drogues injectables ont été identifiés en dressant la carte de la ville et en parlant avec des CDI ; tous ces lieux sont couverts par le programme de proximité. Ce travail est effectué 26 jours par mois, les animateurs travaillant dans deux sites et passant 13 jours, en alternance dans chacun des sites. Plus de 50 travailleurs de proximité rémunérés, la plupart d'entre eux étant des CDI, offrent de l'information, l'échange des aiguilles et seringues, des préservatifs et une orientation-recours. Tous les travailleurs de proximité et éducateurs pour les pairs sont des hommes, ce qui explique peut-être le faible nombre de femmes qui ont accès aux services du projet, par rapport aux hommes (voir **3.1.5 Couverture**).

Chaque consommateur de drogues injectables reçoit, un jour sur deux, deux aiguilles et deux seringues d'un ml, mais il peut aussi recevoir des aiguilles supplémentaires, si nécessaire. On pratique, sauf rares exceptions, un échange strict et les coins des emballages sont déchirés, afin d'éviter la revente. Le jeudi, quatre aiguilles et seringues sont distribuées, car le service n'est pas ouvert le vendredi. S'il leur faut davantage de matériel, on conseille aux clients de nettoyer et réutiliser leur propre matériel d'injection.

Le Projet SHAKTI emploie également un coordonnateur technique, un administrateur et quatre administrateurs de programme responsables chacun d'un des domaines suivants : amélioration de l'efficacité des activités de proximité ; mobilisation de consommateurs, actifs ou anciens, afin de constituer des groupes d'entraide ; et plaidoyer ; on compte en outre huit formateurs de terrain qui travaillent au bureau de Dhaka de CARE-Bangladesh. Tout le personnel, y compris les travailleurs de proximité, participent à des réunions mensuelles pour discuter des statistiques du programme et des problèmes rencontrés, de questions particulières telles que le travail de recherche ou la préparation des activités de la Journée mondiale SIDA, et la constitution des deux groupes d'entraide : PROCHESTA, destiné aux CDI et BODAR, destiné aux anciens CDI. CARE prévoit que ces deux groupes finiront par assurer certains des services à l'intention des CDI. BODAR contribue déjà à l'animation des réunions hebdomadaires des Narcotiques Anonymes qui ont lieu dans cinq des centres.

Les formateurs de terrain encadrent les travailleurs de proximité et le personnel des centres d'assistance en leur offrant une formation en cours d'emploi ; ils aident les travailleurs de proximité à organiser des cours destinés à des groupes et suivent régulièrement les comportements et besoins des CDI en conduisant tous les six mois des entretiens avec des échantillons de clients pris au hasard. Ces formateurs font en sorte que les centres d'assistance soient correctement gérés et chacun d'entre eux travaille chaque jour avec un des travailleurs de proximité, pour s'assurer que les tâches d'éducation pour les pairs et de suivi sont remplies correctement. Ils assurent également des tâches de plaidoyer auprès du voisinage, en demandant si nécessaire l'aide des administrateurs du programme. Le harcèlement des travailleurs de proximité par la police et les truands est également géré par les formateurs de terrain et les administrateurs du programme.

En partenariat avec l’Hôpital central (gouvernement) de traitement de la toxicomanie de Tejgaon, Dhaka, le Projet SHAKTI organise des camps de désintoxication dans la communauté, dans des lieux gratuits ou loués auprès de la communauté. Chaque camp dure 14 jours et les CDI paient 3 dollars chacun, qui vont au fonds de BODAR. Le coût des médicaments, du logement, de la nourriture et de l’assistance médicale est couvert par SHAKTI. A Dhaka, il n’existe aucun service de réhabilitation, de substitution ou autre traitement de la toxicomanie, mais BODAR espère lancer un programme de réhabilitation si les fonds suffisants sont réunis. Les traitements de substitution sont interdits au Bangladesh.

Tableau 13: Dhaka, services et produits offerts

Services et produits	Centres d’assistance	Travail de proximité
Distribution des aiguilles et seringues	–	X
Retour des aiguilles et seringues	–	X
Élimination des aiguilles et seringues	X	–
Eau pour injections	–	–
Compresses et alcool	X	X
Désinfectant pour nettoyer les seringues	–	–
Filtres et tampons de coton	X	X
Vitamines	–	–
Traitement de l’hépatite	–	–
Traitement du VIH et du SIDA	–	–
Désintoxication	X	Orientation-recours
Autres médicaments	–	–
Distribution de préservatifs	X	X
Distribution de matériels d’information, éducation et communication	X	X
Éducation et conseil personnalisés	X	X
Éducation en groupes	X	X
Services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles	X	Orientation-recours
Conseil (général)	X	–
Conseil relatif aux drogues	X	X
Conseil relatif au VIH et au SIDA	X	X
Assistance juridique	–	–
Aide au logement et aide sociale	–	–
Groupes de soutien pour consommateurs de drogues	X	Orientation-recours
Groupes de soutien pour anciens consommateurs de drogues	X	Orientation-recours
Groupes de soutien pour personnes vivant avec le VIH	Orientation-recours	Orientation-recours

Tableau 14: Dhaka, programme d’échange des aiguilles et seringues, mai 1998–décembre 2002

	Mai – décembre 1998	1999	2000	2001	2002	Total
Seringues distribuées	145 682	597 712	810 66	1 125 549	742 818	3 422 727
Seringues rapportées	96 385	483 701	675 666	833 833	541 052	2 632 637
Pourcentage de seringues rapportées	66%	81%	83%	74,1%	72,8%	76,9%
Préservatifs distribués	41 249	165 950	148 001	62 688	68 285	486 173
CDI soignés pour des abcès	494	4 550	3 894	3 682	4 039	16 659
CDI soignés pour des IST*	NA	430	426	372	310	1 538

*Services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles lancés en mars 1999

3.1.5 Couverture

Le nombre de personnes contactées par le programme d'échange des aiguilles et seringues a été de 3000 environ en 1998, 8000 en 1999 et 9630 en 2000, et les chiffres ont peu augmenté depuis. Quelque 70 des CDI sont des femmes (0,8%). On ne sait pas si ce chiffre correspond au ratio hommes-femmes des CDI dans la ville. Le nombre de clients contactés est plus important que le nombre estimé des CDI car d'importants secteurs de la population utilisatrice d'opiacés oscille entre drogues injectables et héroïne fumée.

Pour ce qui est des personnes régulièrement contactées, un mois-échantillon a été analysé en 2002²²; les résultats montrent que 4000 CDI ont été 'enrôlés', c.-à-d. qu'ils fréquentent régulièrement les services de proximité ou ceux du centre. Quelque 58% des clients enrôlés fréquentent les services entre 10 et 13 jours par mois ; 22% entre sept à neuf jours et 20% moins de six jours par mois. Parmi ceux qui vivent près des centres d'assistance, 99% fréquentent les services 10 à 13 fois par mois. Des taux de fréquentation régulière plus faibles et une mobilité plus grande ont été observés dans les quartiers tels que les bidonvilles, dont les consommateurs sont systématiquement expulsés par la force.

Selon BODAR, quelque 120 CDI ont participé aux camps de désintoxication entre janvier 2000 et novembre 2002. L'Hôpital de traitement de la toxicomanie peut traiter 1020 personnes supplémentaires par an, toutefois il prend en charge toutes les dépendances, y compris la consommation d'héroïne fumée et l'alcoolisme. Le nombre de CDI traités par l'hôpital n'est pas connu.

Pour une discussion des facteurs permettant d'atteindre une forte couverture, voir

3.2.5 Couverture

3.1.6 Maintien et extension de la couverture

Voir 3.2.6 Maintien et extension de la couverture

3.1.7 Lectures complémentaires

Voir 3.2.7 Lectures complémentaires

²²UNAIDS/AHRN/UNODC (2002). *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Genève, Suisse. [Publication électronique] http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/asiadrugusers_en.pdf

3.2 Rajshahi, Bangladesh²³

3.2.1 Résumé

Rajshahi, qui compte 300 000 habitants, se situe à 270 km au nord-ouest de Dhaka et est séparé du Bengale occidental, en Inde, par la rivière Padma. Rajshahi est une ville universitaire et le centre d'un district agricole, le commerce et les déplacements entre Rajshahi et le Bengale occidental étant constants.

On estime le nombre de consommateurs de drogues injectables (CDI) entre 770 et 1000. Le nombre de personnes contactées depuis mai 1999 est de 500, soit 50–70% des CDI de Rajshahi.

Pour ce qui est du contact régulier, au cours d'un mois-échantillon, 463 clients ont fréquenté les services de réduction des risques ou de traitement de la toxicomanie, soit 44–57% des CDI de Rajshahi.

3.2.2 Consommation de drogues et situation du VIH

Pour ce qui est de la situation nationale au Bangladesh, voir **3.1.2 Consommation de drogues et situation du VIH**

On estime le nombre de CDI entre 770 and 1000. Une estimation rapide de six villes du Bangladesh²⁴ a suggéré qu'il pourrait y avoir entre 12 000 et 15 000 CDI dans le nord-ouest du pays, principalement à Rajshahi et dans la ville voisine de Chapai Nawabganj. Cependant, en 2000, une équipe du Projet SHAKTI à l'intention des CDI de CARE-Bangladesh a dressé la carte et identifié les lieux de consommation de drogues, et appliqué d'autres méthodes pour estimer que Rajshahi comptait 1000 CDI²⁵. A fin 2001, une autre évaluation effectuée dans le cadre d'une grande étude conduite par plusieurs organisations internationales et nationales a estimé que l'on comptait 770 CDI et 1475 fumeurs d'héroïne²⁶.

Des enquêtes régulières de surveillance des comportements n'ont pas permis de découvrir de CDI séropositifs dans le nord-ouest du Bangladesh. Rajshahi ne figurait pas dans l'enquête de 1998-1999 et celle de 1999-2000 n'a révélé aucune personne vivant avec le VIH parmi les 416 CDI interrogés, pas plus que lors des enquêtes de 2000-2001 et de 2001-2002²⁷.

^{28, 29, 30}

²³ Une partie des informations présentées dans cette section provient de Panda S, Chapitre IV: Outreach in Dhaka, Bangladesh, in UNAIDS/AHRN/UNODC (2002). *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Genève, Suisse. http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf

²⁴ Bangladesh AIDS/STD Control Programme (2000 June). *Report on the Sero-Surveillance and Behavioural Surveillance on STD and AIDS in Bangladesh, 1998-1999, Bangladesh*. Dhaka.

²⁵ Rabbani S and Mallick PS (2000). *Re-estimation of injecting drug user population in Rajshahi*. Health and Population Sector, CARE-Bangladesh. Dhaka (non publié).

²⁶ NASROB (2002). op.cit.

²⁷ Bangladesh AIDS/STD Control Programme (2000 June). *Report on the Sero-Surveillance and Behavioural Surveillance on STD and AIDS in Bangladesh, 1998-1999, Bangladesh*. Dhaka.

²⁸ Bangladesh AIDS/STD Control Programme (2000b September). *Report on the Second National Expanded HIV Surveillance, 1999-2000, Bangladesh*. Dhaka.

²⁹ Bangladesh AIDS/STD Control Programme (2001 November). *HIV in Bangladesh: Where is it going?* Dhaka.

³⁰ Bangladesh AIDS/STD Control Programme (2002). *National Sentinel Sero-surveillance Report*. Dhaka.

3.2.3 Historique

En mai 1999, CARE-Bangladesh a lancé le Projet SHAKTI à l'intention des CDI à Rajshahi. Les membres du programme de Dhaka ont apporté, au cours de diverses visites, leur appui technique jusqu'au moment où des employés de ce programme ont été transférés à Rajshahi pour occuper les postes de conseillers techniques. Dès le début, il a été décidé de collaborer avec un groupe d'ex-CDI, réunis en organisation non gouvernementale, sous le nom de APOSH, et de les aider à lancer un centre de désintoxication et de réhabilitation. Un employé a observé :

« De cette manière, CARE peut montrer que nous ne faisons pas seulement l'échange des aiguilles et seringues, mais aidons les gens à cesser de consommer des drogues. »

Les propriétaires des lieux de shoot de la ville ont opposé une certaine résistance au projet. A Rajshahi et à Chapai Nawabganj, la majeure partie de la consommation se situe dans des lieux de shoot, dans lesquels une personne vend des drogues que les CDI peuvent s'injecter eux-mêmes ou se faire injecter par le vendeur. Rajshahi étant proche de la frontière indienne, la contrebande de toutes sortes de produits, dont des drogues, se déroule sous le contrôle des narcotrafiquants. Les propriétaires des lieux de shoot avaient peur des barons de la drogue et de leurs éventuelles réactions au programme. De plus, des voyous à la solde des trafiquants ont harcelé les travailleurs de proximité et tenté de leur extorquer de l'argent durant la première phase du programme. Enfin, tout changement politique ou la nomination d'un nouveau chef de la police semait la panique dans la communauté des CDI et les activités de la police ou de l'armée pouvaient entraîner la fermeture des lieux de shoot et le départ des CDI, ce qui rendait difficile le travail de proximité.

Des activités de plaidoyer ont été mises en place auprès des principales parties prenantes avant le début du programme, et se sont poursuivies régulièrement. Le personnel du programme a expliqué aux employés des trafiquants les activités et objectifs du programme, précisant que le programme ne fournissait aucune indication à la police et que ses activités n'allaient pas à l'encontre des intérêts commerciaux des trafiquants. On a expliqué aux voyous qui avaient harcelé les travailleurs de proximité que CARE était une organisation humanitaire soutenue par le Gouvernement et disposant d'accords avec les forces de l'ordre. Le harcèlement a donc enfin cessé.

Après une évaluation rapide de la situation effectuée par le personnel de Dhaka et Rajshahi, le programme s'est étendu en mars 2001 à Chapai Nawabganj, 60 000 habitants, à 60 km de Rajshahi. Une réunion a été organisée entre l'équipe d'évaluation, les commissaires de district et les principaux leaders de la communauté pour examiner les résultats de l'évaluation et s'assurer l'appui des leaders. A la suite de cette réunion, l'imam de la mosquée la plus proche du centre d'assistance a décidé de siéger au comité du centre, qui se réunit deux fois par mois et collabore avec la communauté pour atténuer les préoccupations du voisinage.

Le responsable opérationnel qui avait participé au programme de Dhaka puis à Rajshahi avant de travailler à Chapai Nawabganj a participé au processus d'extension. Depuis février 2002, le responsable du programme et le formateur de terrain s'occupent également de Char Narendrapur, à 14 km de Chapai Nawabganj, que l'on ne peut atteindre que par bateau.

En 2002, les activités accrues de l'armée à Rajshahi et Chapai Nawabganj ont provoqué des problèmes, dont la fermeture des lieux de shoot (qui rouvraient après quelques jours dans d'autres endroits), ainsi que l'expulsion et la dispersion des CDI, ce qui a rendu

l'accès aux lieux de shoot comme aux CDI plus difficile. Des militants anti-drogue ont harcelé les travailleurs de proximité, arraché leurs sacs et les aiguilles et seringues et dans le pire cas, les ont battus. En conséquence à Rajshahi, la distribution comme le ramassage des aiguilles et seringues ont chuté de quelque 30% et la distribution de préservatifs d'environ 25%.

Les centres d'assistance sont conscients qu'ils n'attirent que de façon relative les autres personnes exposées au risque de transmission du VIH lié à la consommation de drogues. Les fumeurs d'héroïne, qui passent parfois à la consommation de drogues injectables lors de modification de leur approvisionnement et les partenaires sexuelles des CDI ont été interrogés par les employés du programme. Ils estiment que le centre d'assistance est destiné aux CDI mais ne les concerne pas.

Les consommatrices de drogues injectables hésitent aussi à fréquenter le centre. On a suggéré que, à Rajshahi au moins, un service séparé soit mis en place pour les femmes qui s'injectent des drogues. Un tel projet pourrait être lié au projet de contact avec les professionnelles du sexe, car la plupart des consommatrices de drogues injectables sont aussi impliquées dans le commerce du sexe.

A Rajshahi, une organisation d'entraide est actuellement mise en place pour tenter de réduire la stigmatisation et contribuer à la réhabilitation sociale des consommateurs de drogues.

3.2.4 Caractéristiques des services

Le Projet SHAKTI à l'intention des CDI à Rajshahi est une réplique du Projet SHAKTI de Dhaka à plus petite échelle et avec plusieurs modifications qui tiennent compte du contexte local de l'injection de drogues. Des travailleurs de proximité rémunérés sont postés dans chaque lieu de shoot, pour fournir de nouvelles aiguilles et seringues pour chaque injection, et récupérer les aiguilles et seringues usagées, pour distribuer d'autres matériels et des conseils aux CDI et noter ces tâches sur une fiche de suivi. Les éducateurs pour les pairs effectuent également quelques tâches de proximité dans les zones où vivent les CDI. Lorsqu'un lieu de shoot se ferme, l'éducateur emporte le matériel d'injection et les fiches remplies au centre. Les propriétaires des lieux de shoot sont en outre encouragés à devenir des éducateurs pour les pairs non rémunérés et suivent une formation concernant la prévention du VIH et des abcès.

Les employés du projet sont les suivants : deux directeurs de projet, deux formateurs de terrain, huit travailleurs de proximité rémunérés, dont l'un est une femme, ainsi qu'une personne responsable du centre d'assistance et une personne qui soigne les abcès. Les travailleurs de proximité fonctionnent en deux équipes, du matin à 14h00 et de 14h00 à 20h00. Comme à Dhaka, les aiguilles et seringues propres sont fournies exclusivement en échange du matériel usagé. Le harcèlement de la police est le plus grand problème auquel les travailleurs de proximité doivent faire face et la plupart d'entre eux ont été arrêtés au moins une fois, mais, dans une moindre mesure les 'personnes religieuses', qui pensent que le programme d'échange des aiguilles et seringues encourage la consommation, constituent aussi un problème. Il en résulte parfois une fatigue du personnel, souvent accusé d'activités 'diaboliques'.

Plusieurs groupes de CDI ont été questionnés lors de visites aux centres de Rajshahi et Chapai Nawabganj, dans les rues de Rajshahi et dans un lieu de shoot à Chapai Nawabganj. Il ressort de ces entretiens que les services les plus importants pour les clients sont le traitement des abcès, l'accès aux aiguilles et seringues et l'aide apportée pour entamer un traitement de la toxicomanie. Plusieurs CDI soulignent le fait que la sympathie qui leur est manifestée est une des importantes caractéristiques du service. Comme le remarque une consommatrice de drogues injectables :

« On ressent ici (au centre) de la chaleur et de l'amour, on sait que l'on n'est pas seule, toutes choses que je ne ressens pas d'habitude. Ici, je peux être libre et ouverte. »

La question du logement, en particulier au moment de la visite, constituait un grand souci, car l'armée avait entrepris des évacuations massives des bidonvilles, afin de les démolir. Les CDI avaient aussi un besoin urgent d'emploi. La crainte de la police et de l'armée était courante. On disait que les actions de l'armée avaient rendu les drogues plus difficiles à trouver et en avaient parfois doublé le coût.

CARE-Bangladesh collabore aussi avec APOSH, une organisation non gouvernementale locale qui offre des services de désintoxication et de réhabilitation. Les services de traitement de la toxicomanie ont débuté en 1999, mais APOSH avait lancé son groupe anti-drogue en 1980 déjà. En 2000, un traitement a été offert à cinq CDI. En 2002, avec un soutien accru de CARE, APOSH a déménagé dans un centre plus grand comportant 15 lits, doté de quatre employés rémunérés et de quatre volontaires, tous ex-toxicomanes, dont la plupart avaient été soignés à Dhaka et formés par CARE. Deux employés sont des travailleurs de proximité qui visitent les consommateurs de drogues à la maison, les encouragent à entamer un traitement et apportent un soutien aux familles.

Le traitement est un programme de sevrage en institution portant sur un mois ; il comporte des activités régulières dont des cours sur les drogues, la dépendance, les compétences psychosociales et le contrôle de la frustration et des émotions, ainsi que des activités sportives et culturelles. Le traitement est offert aux toxicomanes de Chapai Nawabganj, Char Narendrapur et Rajshahi. Au moment de la visite, APOSH comptait une liste d'attente d'environ 25 personnes.

Après le traitement, les participants sont encouragés à participer aux réunions des Narcotiques Anonymes qui ont lieu deux fois par semaine à APOSH. Les représentants d'APOSH se rendent aussi après le traitement dans les familles des toxicomanes pour offrir un soutien aux familles. Toutes les personnes traitées jusqu'ici ont été des hommes, mais APOSH prévoit d'organiser également le traitement des femmes lorsqu'une nouvelle résidence aura été trouvée. Les pouvoirs publics n'offrent ni service de désintoxication ni traitement de la toxicomanie dans la région de Rajshahi.

A Chapai Nawabganj, il existe un centre d'assistance qui compte un responsable, un directeur de programme, un formateur de terrain, une personne qui soigne les abcès et trois éducateurs pour les pairs qui ont des contacts avec quelque 260 CDI, dont environ 200 de manière régulière, sur les quelque 400 CDI.

Char Narendrapur compte un centre d'assistance doté d'un responsable et de deux éducateurs pour les pairs qui s'occupent de quelque 20 CDI.

Les traitements de substitution sont interdits au Bangladesh.

Tableau 15: Rajshahi, services et produits offerts

Service et produits	Centres d'assistance	Activités de proximité	APOSH
Aiguilles et seringues distribuées	–	X	–
Aiguilles et seringues rendues	–	X	–
Aiguilles et seringues éliminées	X	–	–
Eau pour injections	–	–	–
Compresses et alcool	X	X	–
Désinfectant pour nettoyer les seringues	–	–	–
Filtres et tampons de coton	X	X	–
Vitamines	–	–	–
Traitement de l'hépatite	–	–	–
Traitement du VIH et du SIDA	–	–	–
Désintoxication	Orientation-recours	Orientation-recours	X
Traitement de la toxicomanie	Orientation-recours	Orientation-recours	X
Autres médicaments	–	–	–
Distribution de préservatifs	X	X	–
Distribution de matériels d'information, éducation et communication	X	X	–
Éducation et conseil personnalisés	X	X	X
Éducation en groupes	X	X	X
Services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles	X	Orientation-recours	Orientation-recours
Conseil (général)	X	–	–
Conseil relatif aux drogues	X	Orientation-recours	X
Conseil relatif au VIH et au SIDA	X	X	X
Assistance juridique	–	–	–
Aide au logement et aide sociale	–	–	–
Groupes de soutien pour consommateurs de drogues	X	–	–
Groupes de soutien pour anciens consommateurs de drogues	X	–	X
Groupes de soutien pour personnes vivant avec le VIH	–	–	–

Tableau 16: Rajshahi, programme d'échange des aiguilles et seringues, juillet 1999–décembre 2002

	Août – décembre 1999	2000	2001	2002	Total
Seringues et aiguilles distribuées*	128 740	292 870	295 388	202 793	919 791
Seringues et aiguilles rapportées*	128 325	274 054	280 987	193 436	876 802
Pourcentage de seringues rapportées	99.7%	93.6%	95.1%	95.4%	95.3%
Préservatifs distribués	4 428	29 419	17 364	12 901	64 112
CDI soignés pour des abcès	388	421	166	403	1 378
CDI soignés pour des IST*	**	89**	62	146	297

* Aiguille et seringue ainsi que les aiguilles supplémentaires constituent une unité.

** Le traitement des IST n'a commencé qu'en mai 2000.

Tableau 17: Programme APOSH, 1999–2002

Programme APOSH	1999	2000	2001	2002	Total
Personnes sous traitement de la toxicomanie	48	94	143	102	387

3.2.5 Couverture

Le chiffre total des personnes contactées par le Projet SHAKTI était de 515 et APOSH avait atteint 387 clients d'ici à novembre 2002. Il est probable que la plupart sinon tous les clients d'APOSH ont également été contactés par CARE.

Quelque 3% (16) des CDI contactés par CARE sont des femmes. On ne sait pas si ce chiffre correspond au ratio hommes-femmes des CDI dans la ville, mais il se pourrait qu'une travailleuse de proximité puisse attirer un plus grand nombre de consommatrices de drogues injectables. Aucune d'entre elles n'a été identifiée à Chapai Nawabganj ou à Char Narendrapur et aucun des clients d'APOSH n'est une femme, bien que l'on envisage la création d'un centre de traitement et de réhabilitation pour les femmes à Rajshahi.

Pour ce qui est du contact régulier, on a analysé un mois-échantillon à fin 2002. Sur les 515 clients enregistrés avant cette date, 79 n'avaient pas été contactés par des services d'échange des aiguilles et seringues ou par le centre d'assistance au cours de ce mois, ce qui correspond à une baisse du nombre d'aiguilles et de seringues distribuées et récoltées, ainsi que des préservatifs distribués, due aux activités de l'armée à ce moment-là. Le tableau ci-après précise la fréquentation des 436 clients, qui ont eu accès au centre ou aux services de proximité.

Tableau 18: Rajshahi, contact régulier

Fréquentation	Pourcentage de clients (nombre)
1-5 fois	31% (134)
6-10 fois	19% (82)
11-15 fois	16% (67)
16-20 fois	17% (76)
21-26 fois	17% (77)

Les cadres et responsables du programme de CARE-Bangladesh ont estimé que plusieurs facteurs importants ont permis d'atteindre une couverture élevée à Dhaka et Rajshahi. Une approche globale a été adoptée pour calmer les inquiétudes de la communauté concernant la consommation de drogue et les toxicomanes, associant les programmes de réduction des risques au traitement de la toxicomanie et à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, ainsi que la mise à disposition de ressources suffisantes pour poursuivre le plaidoyer dans le voisinage des centres d'assistance et de proximité. Des activités de plaidoyer ont également été conduites auprès des principaux leaders du gouvernement, des organisations confessionnelles et communautaires avant et pendant la mise en œuvre de chaque projet à Dhaka, Chapai Nawabganj, Char Narendrar et Rajshahi, adoptant une approche susceptible d'éviter la confrontation, afin de trouver les moyens de collaborer avec les services de maintien de l'ordre pour mettre en place des solutions locales susceptibles de permettre aux programmes de fonctionner d'une manière efficace. Il a également été crucial de parler aux donateurs afin de rendre possible l'adoption d'une approche flexible dans le développement des programmes.

Les consommateurs de drogues et les ex-consommateurs ont joué un rôle très bénéfique pour l'extension des services. Dans les quatre sites, des consommateurs actifs de drogues injectables ont contribué à dresser les cartes, ont offert leurs avis concernant les lieux où implanter les centres et effectuer les activités de proximité, ont travaillé de manière rémunérée ou bénévole comme travailleurs de proximité ou employés des centres. La création à Dhaka de PROCHESTA, un groupe d'entraide à l'intention des consommateurs actifs, constitue un succès remarquable et le rôle qu'il prévoit d'assumer dans certains services de proximité est sans précédent dans les pays en développement et en transition. Cette évolution est très

probablement due à la politique de responsabilité contrôlée de CARE, par laquelle les CDI sont employés à certaines tâches après une importante formation et avec un soutien constant.

La gamme des services offerts grâce à des partenariats formels et informels avec des institutions offrant un traitement de la toxicomanie et d'autres services a été cruciale pour le succès du Projet SHAKTI. Les principaux partenaires sont notamment l'Hôpital de traitement de la toxicomanie de Dhaka, qui a donné la priorité aux patients orientés par CARE pour une désintoxication à très bas prix et contribue maintenant aux camps de désintoxication, et APOSH qui offre un traitement de la toxicomanie à Rajshahi. Parmi d'autres importants partenariats, on peut noter ceux établis avec le dispensaire de Marie Stopes International; la communauté locale, qui a notamment fourni gratuitement certains lieux d'implantation des centres; ainsi qu'un réseau de soutien constitué de personnes influentes, qui a offert en permanence son appui dans le domaine du plaidoyer.

Il convient également de noter que les Projets SHAKTI ne sont qu'un des éléments des activités de CARE-Bangladesh dans le domaine du VIH, qui comprennent des projets de prévention de la transmission du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe, les personnes transsexuelles, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les employés des transports tels que les chauffeurs-routiers et les conducteurs de rickshaw, ainsi que les employés des ports et les dockers. CARE a également soutenu la constitution d'un réseau de soutien aux personnes séropositives au VIH. Une telle gamme d'activités au sein d'une même organisation permet un partage de l'expérience acquise concernant les méthodes de travail de proximité, la gestion de programmes d'intervention ciblés et la participation des communautés marginalisées. Le réseau de bureaux de CARE a en outre permis la reproduction rapide du Projet de Dhaka à l'intention des CDI dans d'autres villes.

3.2.6 Maintien et extension de la couverture

L'extension d'une série d'interventions ciblées, dont la prévention de la transmission du VIH parmi les CDI, est un des éléments d'un prêt de la Banque mondiale, négocié par le Gouvernement du Bangladesh. Les activités liées au prêt sont en cours d'exécution et l'on espère que les leçons tirées de la mise en œuvre du Projet de CARE à l'intention des CDI seront mises à profit dans tous les sites couverts par ces activités.

La légalisation des médicaments de substitution tels que la méthadone et la buprénorphine et l'accès à ces produits, aideraient les services de Dhaka et Rajshahi à convaincre les CDI et les fumeurs d'héroïne d'entamer un traitement, amélioreraient la prévention du VIH et contribueraient à renforcer les groupes d'entraide à l'intention des consommateurs de drogues. Pour les rares CDI séropositifs au VIH vivant à Dhaka, un traitement de substitution servirait aussi de lien avec les traitements du VIH et les services de conseil et autres. Pour rendre la prévention plus efficace, il faudrait mettre en place des services de dépistage du VIH et de conseil de bonne qualité, en traitant les questions de confidentialité, de stigmatisation et de discrimination, ainsi qu'un accès à la thérapie antirétrovirale et aux soins de santé, afin que les CDI se sentent en sécurité et soient encouragés à fréquenter ces services et à adopter des pratiques d'injection et des comportements sexuels plus sûrs.

CARE-Bangladesh prévoit d'assurer la viabilité des projets en accroissant ses partenariats avec les pouvoirs publics, les organisations non gouvernementales et communautaires. Le projet de confier certaines des activités à des groupes d'entraide est un bon exemple de ce que peuvent réaliser les partenariats. Le soin apporté par CARE pour responsabiliser les CDI et les ex-toxicomanes est peut-être la meilleure garantie de réussite à long terme pour les interventions à l'intention des CDI au Bangladesh.

3.2.7 Lectures complémentaires

Agence-France Presse. *Bangladesh-AIDS: 20 people have died of AIDS in Bangladesh: officials*. 1^{er} décembre 2002. [Version électronique] <http://www.aegis.org/news/afp/2002/AF021208.html>

Bangladesh AIDS/STD Control Programme. *Report on the Sero-Surveillance and Behavioural Surveillance on STD and AIDS in Bangladesh, 1998-1999, Bangladesh*. Dhaka. Juin 2000.

Bangladesh AIDS/STD Control Programme. *Report on the Second National Expanded HIV Surveillance, 1999-2000, Bangladesh*. Dhaka. Septembre 2000.

Bangladesh AIDS/STD Control Programme. *HIV in Bangladesh: Where is it going?* Dhaka. Novembre 2001.

Bangladesh AIDS/STD Control Programme. *National Sentinel Sero-surveillance Report*. Dhaka. 2002.

Beg M. *Injecting drug user Intervention, SHAKTI Project, CARE-Bangladesh. Activity Report March 1998 to June 1999*. CARE Dhaka. 1999.

NASROB (National Assessment of Situation and Responses to Opioid/Opiate Use in Bangladesh). *What will happen to us? Country highlights and recommendations*. Family Health International/ CARE/ HASAB. Dhaka. Juin 2002.

Rabbani S et Mallick PS. *Re-estimation of injecting drug user population in Rajshahi*. Health and Population Sector, CARE-Bangladesh. Dhaka. 2000 (non publié).

UNAIDS/AHRN/UNODC. *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia* Geneva, Switzerland. (2002).

3.3 Région administrative spéciale de Hong Kong (RAS Hong Kong), République populaire de Chine³¹

3.3.1 Résumé

La RAS de Hong Kong, qui compte une population de 6,8 millions d'habitants, est un centre financier et commercial.

On estime le nombre des consommateurs de drogues injectables (CDI) à 6547, soit 56% des 11 691 consommateurs d'héroïne enregistrés. Le nombre total des personnes contactées après 30 ans de fonctionnement était de 53 800 à fin juin 2003. Les 'enregistrements effectifs', c.-à-d. les consommateurs d'héroïne ayant fréquenté les services de distribution de méthadone au moins une fois au cours des 28 derniers jours, étaient de 10 127 en décembre 2002, soit 87% des consommateurs d'héroïne enregistrés.

Pour ce qui est du contact régulier, 7036 consommateurs d'héroïne en moyenne ont fréquenté les centres quotidiennement en juin 2003, ce qui correspond à 60% de tous les consommateurs d'héroïne enregistrés.

3.3.2 Consommation de drogues et situation du VIH

Encore récemment, l'épidémie de SIDA en Chine était dans une large mesure limitée aux CDI. Le VIH a maintenant été notifié dans les 31 provinces, régions autonomes et municipalités de Chine continentale. L'ONUSIDA estime que 840 000 personnes vivent avec le VIH, dont 80 000 vivent avec le SIDA et qu'entre 21 000 et 75 000 personnes sont décédées de causes liées au SIDA³². A fin juin 2003, 45 092 personnes vivant avec le VIH étaient enregistrées, dont 3532 personnes vivant avec le SIDA et 1800 personnes étaient décédées de causes liées au SIDA³³.

Le nombre de consommateurs de drogues enregistrés a passé de 70 000 en 1990 à 900 000 en 2001³⁴. Leur nombre réel est probablement situé entre sept et huit millions, dont on estime que trois millions à trois millions et demi sont des CDI. En 2000-2001, des enquêtes sentinelles nationales des CDI ont relevé un taux national de prévalence du VIH de 10% à 12% parmi les CDI.

Par rapport à d'autres régions de la Chine, on considère que la RAS de Hong Kong connaît une faible prévalence du VIH, à 0,1% et quelque 2600 personnes vivant avec le VIH³⁵, dont 54 sont des CDI³⁶. En 2001, le nombre de consommateurs d'héroïne enregistrés à Hong Kong par le Registre central de l'abus des drogues (CRDA)³⁷ était de 11 691, dont 56% étaient des CDI³⁸.

³¹ UNAIDS/AHRN/UNODC (2002). *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Chapter VIII. Genève, Suisse.

³² ONUSIDA (2004, juillet). *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, Suisse. Consulté le 25/08/2006 sur http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_fr/UNAIDSGlobalReport2004_fr.pdf

³³ China Ministry of Health and UN Theme Group on HIV/AIDS in China (2003 December 1). *A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China*. Beijing: Ministère de la Santé et Bureau de l'ONUSIDA en Chine.

³⁴ Cheng Feng (2003). A Situation Assessment of Drug Use in China in the Context of HIV/AIDS: Overview of HIV/AIDS among injecting drug users in China. In *East To East: First meeting of HIV/AIDS and injecting drug use programme and policy staff from Eastern Europe, Central and East Asia*. Chiang Mai, Thailand 6 April 2003 *Proceedings Part 2*. Centre for Harm Reduction. Melbourne.

³⁵ ONUSIDA (2004, juillet). *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, Suisse. Consulté le 25/08/2006 sur http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_fr/UNAIDSGlobalReport2004_fr.pdf

³⁶ Hong Kong Department of Health (2003). *STD/AIDS Update 2003*, volume 9, no. 1, statistics for quarter 1. <http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/index.htm>

³⁷ Le CRDA est un registre centralisé des consommateurs de drogues créé en 1972, qui recueille ses informations auprès de plusieurs institutions d'application des lois, de traitement et des services sociaux de la RAS de Hong Kong.

³⁸ Narcotics division, Security Division, Hong Kong SAR Government (2003). *Central registry of Drug Abuse Fifty-first report*. Government printer. Hong Kong.

Des Centres de traitement obligatoire de la toxicomanie (DATC), gérés par le Département de l'application des peines et auxquels les tribunaux criminels condamnent les consommateurs de drogues, sont ouverts depuis 1997. La RAS de Hong Kong dispose également de toute une palette d'options de traitement de la toxicomanie, dont un grand nombre de centres peu coûteux de traitement volontaire en institution, gérés par des organisations non gouvernementales et qui offrent la désintoxication, la réhabilitation et le suivi. Les Hôpitaux de Hong Kong ont mis en place six dispensaires concernant l'abus de substances qui sont principalement destinés aux consommateurs n'utilisant pas d'opiacés. La RAS de Hong Kong ne compte pas de programmes d'échange des aiguilles et seringues ou de projets de proximité.

3.3.3 Historique

Au début des années 1970, un généraliste a ouvert les deux premières consultations distribuant de la méthadone à Kowloon et sur l'île de Hong Kong. A l'époque, Hong Kong, qui connaissait un fort taux de criminalité, était un territoire pauvre du Royaume-Uni ; les prisons étaient pleines et on savait que de nombreux détenus étaient dépendants des opiacés. En 1972, le Gouvernement de Hong Kong a invité un spécialiste américain du traitement de la toxicomanie à évaluer la situation et fournir des avis concernant les moyens de gérer la criminalité liée aux drogues. Sur ses conseils, le Département de la santé a repris la gestion des premiers dispensaires de distribution de méthadone et a rapidement étendu leur nombre à environ 20 consultations.

Les dispensaires étaient gérés par le Département de la santé, mais la politique relative à la méthadone était fixée par le Ministère de la sécurité de Hong Kong, ce qui est encore le cas aujourd'hui. C'est ainsi que le fonctionnement est assuré par le Département de la santé qui fait rapport régulièrement au Ministère de la sécurité. Les dispensaires ont rapidement rencontré un grand succès, la criminalité a baissé et les pressions sur les prisons se sont allégées en quelques années.

Pour minimiser la controverse concernant les dispensaires de distribution de méthadone, ils ont suivi le même fonctionnement que les autres cliniques de Hong Kong. Au début des années 1970, les patients dans tous les services de soins ambulatoires devaient payer 1 dollar de Hong Kong par consultation. La même pratique a été instituée dans les dispensaires de distribution de méthadone qui ont rapidement été intégrés dans les services de santé du gouvernement.

Au milieu des années 1980, les dispensaires de distribution de méthadone se sont mis à coopérer étroitement avec les autres initiatives traitant de VIH et de drogues. La première personne vivant avec le VIH a été diagnostiquée en 1985 et la surveillance de divers groupes, dont les bénéficiaires de méthadone, a été mise en place. Depuis 1991, les dispensaires collaborent avec le Centre Red Ribbon, un centre d'éducation et de recherche concernant le SIDA qui est depuis 1998 un centre collaborateur de l'ONUSIDA. Depuis 1994, le Centre Red Ribbon distribue des préservatifs par l'intermédiaire des dispensaires et fournit aussi d'autres types d'assistance. Les dispensaires offrent des services de conseil apportés par la Society for the Aid and Rehabilitation of Drug Abusers (SARDA), une organisation non gouvernementale. En 2001, le Projet Phoenix, un projet de proximité pour la réduction des risques, qui emploie d'anciens toxicomanes pour contacter les consommateurs de méthadone et les consommateurs de drogues dans la rue, a été créé par le Red Ribbon et SARDA (voir **3.3.4 Caractéristiques des services**).

Le plaidoyer est un élément systématique du programme de distribution de méthadone. De temps à autre, des politiciens ou le grand public soulèvent la question de la fermeture des centres de distribution de méthadone. En 2002, une campagne dans les médias relative à la réduction des risques a été entreprise conjointement par le Département de la santé, la Division des opiacés du Bureau de la sécurité et les Services d'information du Gouvernement de la RAS de Hong Kong. Des messages sur la réduction des risques, axés sur l'utilisation de la méthadone, ont été diffusés à la télévision, à la radio et dans les rues, ainsi que dans les transports en commun, et une page web a été créée pour donner des informations supplémentaires concernant la réduction des risques et des exemplaires des matériels de la campagne³⁹.

Cette campagne a été réalisée pour faire mieux comprendre au public les problèmes liés aux drogues et au VIH et le rôle de la méthadone, en vue de changer l'attitude du public à l'égard des consommateurs de drogues et des utilisateurs de la méthadone. Les résultats ont été moyens, mais des résultats inattendus ont été obtenus pour ce qui est notamment du nombre de personnes souhaitant s'inscrire dans les dispensaires de distribution de méthadone, nombre qui s'est accru et les consommateurs de drogues ont signalé qu'ils se sentaient plus à l'aise et étaient contents que quelqu'un parle en leur nom et leur offre de l'aide.

3.3.4 Caractéristiques des services

Le Programme de traitement à la méthadone de la RAS de Hong Kong comprend 20 dispensaires de soins ambulatoires, quatre sur l'île de Hong Kong, neuf à Kowloon et sept dans les Nouveaux Territoires. Les dispensaires n'ont pas de liste d'attente et appliquent une politique de 'porte ouverte', acceptant toutes les personnes dépendantes des opiacés, quels que soient leur âge, leur sexe, leur nationalité ou leur religion, y compris les personnes visitant Hong Kong. Tous les dispensaires sont ouverts sept jours sur sept, y compris les jours fériés et restent ouverts longtemps, par exemple de 07h00 à 22h00, afin de satisfaire les besoins d'une clientèle très diverse. Les clients, qui sont résidents de Hong Kong ou ont droit aux services médicaux gratuits, doivent payer 1 dollar de Hong Kong (environ 0,13 dollar des Etats-Unis) par consultation. Depuis avril 2003, les personnes qui n'ont pas ce droit doivent s'acquitter d'une somme de 23 dollars de Hong Kong (soit environ 2,95 dollars des Etats-Unis), ce qui correspond au coût par patient calculé sur les coûts de 2002.

La plupart des dispensaires partagent leurs locaux avec les dispensaires ambulatoires du Département de la santé, mais disposent souvent d'une entrée séparée afin que les personnes venant chercher leur méthadone ne se mêlent pas aux autres patients. Chaque dispensaire de distribution de méthadone est généralement doté de trois ou quatre médecins, qui travaillent souvent le soir à temps partiel, prescrivent les médicaments, contrôlent la condition physique des clients et administrent le programme de méthadone. La distribution de méthadone est effectuée par des employés auxiliaires des services médicaux qui sont des volontaires et sont rétribués. Ces mesures ont permis de garder des coûts de fonctionnement modestes.

Après évaluation, les clients peuvent généralement choisir entre deux options: la désintoxication à la méthadone ou le maintien à la méthadone. Les consommateurs d'opiacés qui ont moins de 21 ans ou consomment régulièrement des opiacés depuis moins de deux ans sont généralement encouragés à essayer pour commencer un traitement d'abstinence, mais ils sont tout de même admis au programme de distribution de méthadone s'ils refusent le traitement d'abstinence. Les consommateurs d'opiacés qui ont moins de 18 ans doivent généralement apporter la preuve de l'accord parental.

³⁹www.harmreduction-hk.com

La désintoxication par la méthadone prend généralement entre trois et cinq mois. La dose journalière de méthadone est abaissée dans le temps, et le client est régulièrement suivi et conseillé. Si la désintoxication échoue, les clients sont encouragés à tenter un traitement par abstinence ou le programme de maintien à la méthadone. Si la désintoxication réussit, les clients sont suivis pendant une période pouvant aller jusqu'à 18 mois, un test d'urine étant pratiqué tous les trimestres pour contrôler que les opiacés ne sont plus utilisés.

Le programme de maintien à la méthadone commence généralement avec une dose inférieure à 30 mg et s'accompagne d'analyses d'urine tous les quinze jours afin de déterminer le seuil de tolérance. Si nécessaire, on augmente la dose de 10 mg par jour au maximum, jusqu'à parvenir à une dose optimale, qui généralement ne dépasse pas 60 mg. Lorsque cette dose optimale est atteinte, les analyses d'urine sont effectuées toutes les quatre semaines aux fins de suivi. La présence d'autres drogues dans l'urine n'est pas une raison pour éliminer un client du programme.

Dans les deux types de traitement à la méthadone, le client doit se présenter chaque jour dans un des dispensaires avec sa carte d'identité de patient, qui lui est délivrée à son entrée dans le programme. La méthadone doit être consommée devant les employés du dispensaire.

Les dispensaires de distribution de méthadone collaborent étroitement avec les autres initiatives relatives au VIH et aux drogues à Hong Kong. L'un des partenaires est le Centre Red Ribbon, qui organise des activités de prévention à l'intention de la population générale, des campagnes dans les médias et gère un site web et des expositions d'information. Le Centre Red Ribbon offre aussi des matériels pédagogiques tels que vidéos, brochures, affiches à l'intention des groupes vulnérables, dont les CDI, et organise des formations pour les employés des dispensaires de distribution de méthadone. Le Centre a aidé les dispensaires à effectuer des enquêtes et formé le personnel à la technique des entretiens. En 1994, le Centre Red Ribbon a commencé à distribuer des préservatifs par l'intermédiaire des dispensaires et quelque 8400 préservatifs sont distribués chaque mois.

Les 20 dispensaires offrent des services de conseil dispensés par des assistants sociaux de SARDA travaillant à temps complet. Un conseil intensif est apporté aux clients de moins de 21 ans, et les clients plus âgés ou reprenant un traitement peuvent en bénéficier sur demande.

En 2003, le Projet Phoenix comptait 13 volontaires, tous anciens toxicomanes, qui chaque mois avaient des contacts avec 400 clients du programme méthadone et consommateurs de drogues dans la rue et distribuaient quelque 380 préservatifs dans le voisinage des dispensaires de distribution de méthadone.

Si les clients du programme méthadone se révèlent séropositifs au VIH, on les aide à accéder à la thérapie antirétrovirale et à d'autres services de santé. Le conseil et le test VIH volontaires, lancés à l'essai pour les clients du programme méthadone au milieu de 2003, sont maintenant offerts dans tous les dispensaires de distribution de méthadone.

Tableau 19: RAS de Hong Kong, services et produits offerts

Services et Produits	Dispensaires de distribution de méthadone
Vitamines	–
Médicaments contre l'hépatite	–
Traitement du VIH et du SIDA	Orientation-recours
Désintoxication	X
Traitement de substitution	X
Traitement par abstinence	Orientation-recours
Autres médicaments	X (prévention du tétanos)
Distribution de préservatifs	X
Distribution de matériels d'information, éducation et communication	X
Education/conseil personnalisés	X
Education en groupes	X (par SARDA)
Services de prise en charge des IST	Orientation-recours
Conseil (général)	X
Conseil relatif aux drogues	X
Conseil relatif au VIH et au SIDA	X
Assistance juridique	Orientation-recours
Aide au logement et assistance sociale	X **
Groupes de soutien pour consommateurs de drogues	X #
Groupes de soutien pour anciens consommateurs de drogues	X
Groupes de soutien pour personnes vivant avec le VIH	–

** Existence d'un foyer à la sortie de Shek Ku Chau etc.

Groupes séparés pour les jeunes consommateurs de drogues, pour les consommatrices et les familles de consommateurs actifs.

3.3.5 Couverture

On définit la couverture des programmes de substitution d'une manière un peu différente de celle des autres programmes décrits dans le présent rapport. Etant donné les différences existant entre les programmes de désintoxication par la méthadone et les programmes de maintien par la méthadone, les statistiques sont fournies séparément dans le tableau ci-après.

Tableau 20: RAS de Hong Kong, couverture

	Fin 1980	Fin 1990	Fin 2000	Fin 2002
Désintoxication par la méthadone	ND	176	128	175
Maintien par la méthadone	ND	10775	9 048	9952
Enregistrement effectif*	ND	10951	9176	10127

ND = Non disponible

* Le chiffre de 'l'enregistrement effectif' pour une date particulière est défini par le nombre de clients ayant fréquenté les dispensaires de distribution de méthadone au moins une fois au cours des 28 jours écoulés.

Depuis 1972, le nombre total de consommateurs d'opiacés contactés par le programme méthadone est de 53 800. Ce chiffre comprend un grand nombre de personnes qui maintenant sont peut-être décédées, ont quitté Hong Kong ou ont cessé de consommer des drogues, et le total des personnes contactées est beaucoup plus élevé que l'estimation actuelle du nombre de consommateurs de drogues injectables et d'autres opiacés. On ne peut estimer le total cumulé des CDI contactés par tous les programmes de la RAS de Hong Kong, car les consommateurs qui s'injectent des drogues et ceux qui ne le font pas ne sont pas séparés dans le processus de collecte des données. Cependant, il est probable qu'une forte majorité des CDI soient touchés par les services de distribution de méthadone et les autres programmes de réhabilitation.

Pour ce qui est du contact régulier, la fréquentation quotidienne moyenne des dispensaires de distribution de méthadone au cours d'un mois-échantillon en 2003, qui correspond au nombre de clients recevant une dose journalière de méthadone, était de 7036. Quelque 15% des clients étaient des femmes, chiffre qui reste stable depuis plusieurs années.

L'un des facteurs qui a permis d'obtenir une couverture élevée des traitements de substitution par la méthadone dans la RAS de Hong Kong, c'est l'exécution du programme par le Département de la santé, disposant de politiques fixées par le Ministère de la sécurité. Le programme étant géré par les pouvoirs publics, parfois dans des locaux partagés avec les dispensaires ambulatoires généraux, il est mieux accepté par la communauté que ça ne serait le cas d'un projet à cette échelle géré par des organisations non gouvernementales ou des médecins privés. Les pouvoirs publics apportent un appui solide au programme depuis 30 ans et la durée du programme a standardisé le traitement à la méthadone à un point rarement atteint dans les pays en développement ou en transition. La collaboration entre les services d'application de la loi et de santé a été assurée grâce à la structure mise en place pour fixer les politiques et gérer les dispensaires. Des personnalités ont également joué un rôle important dans l'introduction du programme méthadone du gouvernement, notamment le Commissaire chargé des stupéfiants, qui a rapidement compris les avantages potentiels d'un tel programme.

Le rapport coût-efficacité du programme a assurément été un facteur clé de la viabilité d'un programme à une telle échelle pendant trois décennies. On estime que chaque visite dans un centre de distribution de méthadone coûte en moyenne entre 20 et 30 dollars de Hong Kong, 1 dollar étant fourni par le consommateur de méthadone et le reste par les pouvoirs publics. Ce service est beaucoup moins coûteux que nombre d'autres services de santé de la RAS de Hong Kong et il comporte des avantages supplémentaires car il contribue à réduire la criminalité et la transmission du VIH.

Etant donné que le Département de la santé gère à la fois les programmes de prévention du VIH et de distribution de méthadone, ces deux interventions sont étroitement associées. Les liens existant avec des services tels que le Centre Red Ribbon et SARDA ont fait comprendre au grand public que les dispensaires de distribution de méthadone font partie de l'éventail des services de prise en charge du VIH et de traitement de la toxicomanie. La campagne de réduction des risques entreprise dans les médias en 2002 a contribué à cette prise de conscience.

3.3.6 Maintien et extension de la couverture

Il est difficile d'envisager comment élargir la couverture, étant donné que le pourcentage des consommateurs d'opiacés qui souhaitent arrêter ou entamer un programme de substitution est limité. Le Conseil consultatif de Hong Kong sur le SIDA a noté qu'il était nécessaire d'élargir les services de prévention du VIH parmi les CDI. Même si les traitements de substitution à la méthadone sont parvenus jusqu'ici à prévenir très efficacement une épidémie de SIDA, la transmission rapide du VIH parmi les CDI dans d'autres régions de la Chine, associée à la mobilité des CDI et à une prévalence du VIH en lente augmentation parmi les CDI de la RAS de Hong Kong, ont incité le Conseil consultatif sur le SIDA à recommander le lancement de programmes extra-institutionnels et à envisager la création d'un programme d'échange des aiguilles et seringues⁴⁰.

⁴⁰Hong Kong Advisory Council on AIDS (2002). *Recommended HIV/AIDS Strategies for Hong Kong 2002-2006*. Hong Kong.

La plupart des clients des programmes méthadone de la RAS de Hong Kong ont de longs antécédents d'usage des opiacés. Il est urgent de toucher les jeunes CDI qui ont moins d'expérience de consommation d'opiacés ou d'autres drogues et pour lesquels un traitement de substitution par la méthadone n'est pas toujours souhaitable ou approprié.

Pour ce qui est du programme méthadone, les pouvoirs publics s'engagent fermement à le poursuivre et à l'élargir. Les activités de plaidoyer restent nécessaires et d'autres campagnes dans les médias relatives à la réduction des risques seraient utiles.

3.3.7 Lectures complémentaires

China Daily. *HK announces AIDS situation in fourth quarter of 2002*. 28 janvier 2003.

Cheng Feng. A Situation Assessment of Drug Use in China in the Context of HIV/AIDS: Overview of HIV/AIDS among injecting drug users in China. In *East To East: First meeting of HIV/AIDS and injecting drug use programme and policy staff from Eastern Europe, Central and East Asia Chiang Mai, Thailand 6 April 2003 Proceedings Part 2*. Centre for Harm Reduction. Melbourne. 2003.

China CDC/ US CDC. *Report of China CDC and US CDC: Joint HIV surveillance and laboratory assessment*. 2003.

China CDC. *HIV situation and progress of prevention and control work in China*. 2002.

Hong Kong Department of Health. *STD/AIDS Update 2003*, volume 9, no. 1, statistics for quarter 1. 2003. (Publication électronique). <http://www.info.gov.hk/aids/archives/backissuestd/std03q1.pdf>

Narcotics Division, Security Division, Hong Kong SAR Government. *Central registry of Drug Abuse*. Fifty-first report. Government printer, Hong Kong. 2003.

Reid G et Costigan G. *Revisiting "The Hidden Epidemic": A situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS*. Centre for Harm Reduction. Melbourne. 2002.

UNAIDS/AHRN/UNODC. *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Geneva. 2002.

4. Etudes de cas : Amérique latine

4.1 Salvador, Brésil

4.1.1 Résumé

Salvador, situé sur la côte nord-est du Brésil, compte trois millions d'habitants ; c'est la capitale de l'Etat de Bahia.

On estime le nombre de consommateurs de drogues injectables (CDI) entre 5000 et 14 000, plus 56 000 fumeurs de crack⁴¹. En 2002, le total des personnes contactées depuis le début représentait au moins 68% des CDI de Salvador⁴².

Pour ce qui est du contact régulier, en 2002, l'ensemble des services du Centro de Estudos e Terapia do Abuse de Drogas (CETAD) a touché 12 198 nouveaux clients, dont 675 étaient des CDI, comprenant 72 femmes ; 7211 étaient des fumeurs de crack, dont 1369 femmes. La plupart des clients semblent être vus une fois par mois par le personnel du CETAD, et plus fréquemment par les agents de terrain. Le chiffre du contact régulier est impossible à calculer en raison du système de suivi employé.

4.1.2 Consommation de drogues et situation du VIH

L'épidémie de SIDA au Brésil semble s'être stabilisée au cours de ces dernières années. A fin 2003, on estimait le nombre des personnes vivant avec le VIH au Brésil à 660 000⁴³, dont environ un tiers étaient des CDI⁴⁴. On a estimé que 11% environ des nouvelles infections à VIH et des personnes dont le SIDA a été diagnostiqué en 2001 étaient des CDI, une baisse spectaculaire par rapport aux 25% de 1991⁴⁵.

On estime qu'à fin 2001, il y avait au Brésil environ 800 000 CDI⁴⁶. Contrairement aux populations décrites dans les autres études de cas du présent rapport, très peu de CDI au Brésil utilisent des opiacés. Les principales drogues injectées sont la cocaïne et les stéroïdes pour le culturisme. La transmission du VIH parmi les CDI a suivi des schémas clairs au Brésil. Du milieu des années 1980 au milieu des années 1990, la plupart des infections à VIH parmi les CDI se sont produites dans une zone reliant la partie méridionale du centre-ouest à la côte de l'Etat de Sao Paulo, ce qui correspond aux principales voies du trafic de la cocaïne. Au milieu des années 1990, deux grands changements se sont produits. Tout d'abord, l'épidémie de SIDA s'est rapidement étendue à la côte australe du Brésil et deuxièmement une épidémie de consommation de crack s'est produite, à Sao Paulo d'abord puis dans de nombreuses autres régions du pays.

⁴¹ Andrade T, Lurie P, Medina MG, Anderson K et Dourado I (2001). The opening of South America's first needle exchange programme and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia Brazil *AIDS and Behaviour* 5 (1) : 51-64.

⁴² ONUDC (novembre 2002). Case study: Salvador, Brazil. Brasilia.

⁴³ ONUSIDA (2004, juillet). *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, Suisse. Consulté le 25/08/2006 sur http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_fr/UNAIDSGlobalReport2004_fr.pdf

⁴⁴ Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T. (2004). *Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users*. Londres : Centre for Research on Drugs and Health Behaviour on behalf of the United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries.

⁴⁵ Bastos FI, de Pina MdF et Szwarcwald CL (2002). The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *International Journal of Drug Policy* 13: 137-144.

⁴⁶ Aceijas et al. (2004). op.cit.

A Salvador, ces changements ont entraîné d'importantes modifications dans les schémas de consommation de drogues. Les statistiques du programme du CETAD montrent que le nombre de CDI a chuté d'environ 80% depuis le milieu des années 1990, la quasi-totalité des anciens CDI étant passée au crack. Au milieu de 2003, on a estimé le nombre de CDI à 14 000 environ, plus 56 000 fumeurs de crack. Une autre estimation faisant état de 5000 CDI se fonde sur des calculs évaluant le nombre de CDI séropositifs au VIH. Les consommateurs de drogues ont, dans une large mesure, passé de l'injection de cocaïne à la fumée de crack pour des raisons de coûts, de commodité et d'approvisionnement. De ce fait, il se pourrait qu'un grand nombre d'entre eux reviennent à l'injection de cocaïne si l'une ou l'autre de ces conditions se modifie.

La consommation de drogues est généralement couverte par la Loi 6368/76 sur les drogues psycho-actives, qui, non seulement interdit la consommation, la possession, la fourniture, la culture, la fabrication et le trafic de drogues, mais mentionne explicitement que l'échange des aiguilles et seringues est une activité qui facilite la consommation de substances entraînant la dépendance et elle condamne toute personne se livrant à de telles activités à des peines de trois à 15 ans de prison. A la fin des années 1990, les articles de cette loi relatifs à l'échange des aiguilles et seringues ont été abrogés et remplacés par une loi légalisant les activités de réduction des risques, dont l'échange des aiguilles et seringues. Le mouvement de réforme juridique a commencé dans les Etats de Sao Paulo, de Rio Grande do Sul, de Rio de Janeiro et de Santa Catarina. En janvier 2002, une nouvelle loi fédérale sur les médicaments a légalisé les programmes d'échanges des aiguilles et seringues dans l'ensemble du Brésil⁴⁷.

Les problèmes de consommation de drogues et de VIH ont été abordés par le biais d'un partenariat entre les Unités sur les drogues et sur le SIDA de la Coordination nationale pour les MST et le SIDA, au Ministère de la santé. Il en est progressivement résulté une convergence croissante entre les politiques relatives au SIDA et celles relatives aux drogues. Dès 2001, le Gouvernement brésilien fournissait à l'échelle nationale la thérapie antirétrovirale dans 656 hôpitaux, dispensaires de jour, services de soins à domicile et unités spécialisées. Au début de 2003, 116 000 personnes vivant avec le VIH avaient accès à la thérapie antirétrovirale et la mortalité liée au SIDA avait chuté de 50% depuis 1996, alors que les hospitalisations associées au SIDA avaient baissé de 80%⁴⁸. Les statistiques du programme du CETAD montrent aussi qu'en mai 2003, 2484 personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale dans l'Etat de Bahia, dont 1910 à Salvador. Il n'existe pas de statistiques concernant le pourcentage de personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale qui étaient aussi des CDI.

Des études récentes ont montré qu'à Salvador, il y a eu une baisse importante des taux d'infection par le VIH et le Virus lymphotrophique à cellules T humaines (HTLV) parmi les CDI, bien que ce dernier soit endémique dans la population générale et hyper-endémique parmi les CDI. Les données du CETAD montrent également qu'on estimait le nombre des personnes vivant avec le VIH dans l'Etat de Bahia à 30 000 en mai 2003, dont 24 000 à Salvador. Les personnes vivant avec le SIDA étaient 5600 dans l'Etat de Bahia dont 80% à Salvador. Le tableau ci-après montre la baisse globale des infections à VIH à Salvador, d'après les résultats du centre de conseil et de test VIH.

⁴⁷ Teixeira P (2002). *The role of politicians in promoting policy changes*. Document présenté lors de la 13^e Conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues. Ljubljana 3-7 mars.

⁴⁸ Bastos FI, Kerrigan D, Malta M, Carneiro-da-Cunha C and Strathdee S (2001 November). Treatment for HIV/AIDS in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research. In *AIDS Science* 1 (15).

Tableau 21 : Salvador, conseil et test VIH

	2000	2001	2002
Tests VIH effectués	6 095	6 962	10 096
Résultats positifs pour le VIH	185	207	297
Hommes/femmes	95/90	131/76	149/148
Pourcentage de résultats positifs	3,01%	2,97%	2,94%

Le CETAD a estimé que l'utilisation de matériel d'injection contaminé parmi les CDI à Salvador a baissé de 60% à 18% au cours des années 1990, alors que le recours au préservatif parmi les CDI a passé de 3% à 30%, et le pourcentage de CDI en contact avec les services de santé a augmenté de 28% à 68%. Le programme d'échange des aiguilles et seringues de Salvador est l'un des 160 projets de réduction des risques en cours au Brésil.

4.1.3 Historique

Le programme d'échange des aiguilles et seringues de Salvador a été le premier au Brésil. Il a été créé en 1995 après que le Conseil fédéral sur les médicaments psycho-actifs eut décidé en 1994 que de tels programmes pouvaient être approuvés s'ils étaient associés à des projets de recherche.

Le Centro de Estudos e Terapia do Abuse de Drogas (CETAD) est une institution gérée par l'Université fédérale (Universidade Federal) de Bahia à Salvador, qui étudie la consommation de drogues dans cette ville depuis 1985. En communiquant avec des chercheurs et d'autres personnes qui mettaient en œuvre des programmes de prévention du VIH en Europe et dans les Amériques, le personnel du CETAD avait eu connaissance des programmes d'échange des aiguilles et seringues, mais n'a pu lancer un tel programme avant 1995 en raison des contraintes juridiques.

En mars 1995, le Gouvernement de l'Etat de Bahia a approuvé la création d'un programme d'échange des aiguilles et seringues géré par le CETAD afin de résoudre les problèmes posés par l'utilisation de matériel d'injection contaminé et la forte prévalence du VIH parmi les CDI observée au cours des enquêtes du CETAD parmi les consommateurs de drogues des quartiers pauvres (bairros) de la ville⁴⁹. Le Secrétariat à la santé de l'Etat de Bahia a apporté un appui financier et technique et des appuis supplémentaires ont été obtenus grâce à la participation d'un représentant du CETAD au Conseil d'Etat sur les substances psycho-actives.

Les employés du CETAD ont rencontré les responsables de la police et organisé des séminaires à l'intention des policiers, pour leur expliquer le fonctionnement du programme d'échange des aiguilles et seringues et les principes de la réduction des risques. Les journaux ont publié des articles sur le lancement du programme et interrogé des professionnels de la santé, des représentants religieux et des CDI. Pendant les six premiers mois, le personnel du CETAD a répondu aux questions des représentants des médias avec l'aide d'un consultant en communication, soulignant que la prévalence du VIH parmi les CDI était élevée à Salvador, qu'on avait montré, dans d'autres pays, que les programmes d'échange des aiguilles et seringues permettaient de prévenir des infections à VIH, et que ce type de programme n'entraînait pas une augmentation de la consommation de drogues.

Le Programme a ouvert son premier site à Pelourinho, dans la vieille ville de Salvador, qui était alors un quartier pauvre fréquenté par les consommateurs de drogues. Entre mars 1995 et février 1996, seules 90 seringues ont été échangées, notamment en raison de la controverse entourant le Programme. Après le recrutement d'un travailleur de proximité, qui a commencé, en se rendant à domicile, à échanger aiguilles et seringues, à distribuer des préservatifs et à fournir

⁴⁹ Andrade et al. (2001). op.cit.

des conseils d'orientation vers des centres de santé, le nombre de clients a augmenté. Dès 1999, on comptait quatre sites d'échange des aiguilles et seringues, chacun doté de deux travailleurs de proximité et d'un responsable. Tous les sites offraient une orientation-recours vers des centres de traitement de la toxicomanie, des tampons d'alcool, des cuillères pour la préparation des drogues, de l'eau stérile, des préservatifs, des conseils concernant la sexualité à moindre risque et les techniques d'injection plus sûres, ainsi qu'une orientation vers des services médicaux et sociaux.

Entre le milieu et la fin des années 1990, les CDI se sont mis à fumer du crack. Ce changement se reflète dans le nombre des clients fréquentant le centre de traitement de la toxicomanie du CETAD pour la première fois. En 1993, aucun des 285 nouveaux clients ne disaient fumer du crack, alors qu'en 1996, 4% des 625 nouveaux clients utilisaient le crack et en 1997, 14% des 482 nouveaux clients en consommaient. En 1998, les pourcentages se sont rapidement élevés, pour atteindre 20% des nouveaux clients consommant du crack en janvier; 33% en mai et 40% en juin. Vers la fin de 1998, dans certains quartiers de la ville, plus de 80% des anciens CDI fumaient le crack. Lorsque l'approvisionnement en crack baissait, que les prix montaient ou encore que la drogue était mélangée à d'autres substances, ces consommateurs sont souvent revenus à l'injection de cocaïne. A la fin des années 1990, les recherches du CETAD ont montré que les stéroïdes anabolisants étaient de plus en plus utilisés par les jeunes des quartiers pauvres pour augmenter leur masse musculaire. En conséquence, certains de ces jeunes sont aussi devenus clients des programmes de proximité du CETAD.

Au Brésil, les nouvelles infections à VIH associées à la transmission sexuelle liée à la consommation de crack ont augmenté le nombre de personnes vivant avec le VIH, notamment les femmes. Relevons que les personnes infectées par transmission sexuelle liée à la consommation de drogues ne sont généralement pas comprises dans les chiffres des infections à VIH liées à la consommation de drogues. Le passage au crack par certains individus, qui reviennent aux drogues injectables lorsque le crack se fait rare ou est de mauvaise qualité, a créé un schéma complexe et en constante évolution dans le trafic et la consommation des drogues. Pour y répondre, on a mis en place des programmes intégrés en vue de prévenir la consommation de drogues et des programmes visant à contribuer à la réintégration des toxicomanes en insistant sur le traitement des formes les plus graves de toxicomanie et sur les conséquences les plus nocives de la consommation de drogues.

Le Programme du CETAD à Salvador est devenu un modèle. En 1997, ce programme a commencé à étendre ses services, afin d'attirer d'autres toxicomanes en plus des CDI. Des services mobiles ont été utilisés afin de placer des employés du CETAD dans un grand nombre de quartiers de la ville et on a recruté des personnes vivant dans les quartiers où se consomment des drogues, des réseaux d'agents de terrain et des travailleurs de proximité.

En 1998, la Section Information et Ressources a été créée en vue d'élaborer toute une gamme de matériels d'éducation, de fournir des informations à des personnes et des groupes aux fins du plaidoyer en faveur de la réduction des risques et de constituer une base de données pour les activités de la Section. En janvier 2001, le CETAD a entamé des activités avec des consommateurs de drogues et d'autres personnes dans les prisons de l'Etat de Bahia.

En octobre 2001, un programme intitulé Comunidad, financé par Pathfinder/ Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), a été créé pour fournir un enseignement concernant les drogues, des activités à l'intention des enfants et des liens avec les services sanitaires et sociaux à l'intention des personnes vivant dans des quartiers où les drogues sont utilisées.

4.1.4 Caractéristiques des services

Le CETAD compte 30 employés à plein temps, dont quatre (y compris le responsable du programme de réduction des risques) sont financés par l'Université fédérale de Bahia, les autres étant payés par le Gouvernement de l'Etat de Bahia. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), l'USAID et le Gouvernement brésilien fournissent également des fonds.

L'approche globale du CETAD comprend les éléments suivants :

- un Centre ambulatoire de traitement de la toxicomanie fondé sur les techniques de la psychanalyse ;
- la Division de la réduction des risques (DRD/CETAD) comptant un coordonnateur et un assistant coordonnateur, neuf cadres, 28 travailleurs de proximité et 44 agents de santé communautaire qui travaillent avec le Programme de santé de la famille du Gouvernement municipal, et qui ont été formés par la DRD/CETAD pour fournir prévention et prise en charge aux consommateurs de drogues en général, et aux consommateurs actifs de drogues injectables—cette division gère 52 programmes d'échange des aiguilles et seringues dans 24 bairros de sept des 12 districts de la ville ;
- un projet dans les prisons, qui compte un coordonnateur, deux cadres et deux éducateurs pour les pairs dans trois prisons pour hommes et une prison pour femmes ;
- un projet communautaire axé sur la prévention de la toxicomanie, qui contribue à résoudre les problèmes généraux de santé et de société des quartiers pauvres et compte un coordonnateur, un cadre, six travailleurs de proximité et quatre stagiaires, qui travaillent dans trois districts. Ce projet donne aussi des cours sur les drogues dans les écoles et les lieux de travail et dans les locaux du CETAD. Parmi les activités de prévention de la toxicomanie, on peut noter le football et des ateliers d'artisanat pour les enfants des bairros ;
- le Projet 'Points de prévention mobiles', qui est axé sur la prévention de la transmission sexuelle et liée aux drogues du VIH et met l'accent sur les femmes consommatrices de crack, distribue des préservatifs masculins et féminins et d'autres matériels. Le projet compte un coordonnateur, un cadre, cinq travailleurs de proximité et cinq stagiaires, qui se déplacent en minibus dans cinq bairros de trois districts ;
- une bibliothèque, un centre d'information et un secteur recherche.

Le système des agents de terrain est novateur en ce sens qu'il implique une petite rémunération aux personnes—généralement des consommateurs de drogues actifs—qui vivent au cœur des bairros pauvres et distribuent des aiguilles et seringues et des préservatifs et fournissent des conseils à partir de leur domicile. Ce système permet en fait un accès 24 heures sur 24 à des matériels de prévention du VIH, à un enseignement et des conseils dans les quartiers où vivent les toxicomanes. Les travailleurs de proximité comme les agents de santé communautaire sont appelés agents de terrain. Tous les agents de terrain reçoivent une formation portant sur 60 heures au moins dans les domaines de la prévention de la toxicomanie et de la transmission du VIH, des IST, du VIH et du SIDA, de la tuberculose et d'autres sujets, et ils se réunissent environ quatre fois par mois pour parler de leur travail.

Les cadres travaillent avec tous les agents de terrain d'un district et sont chargés de veiller à ce que les services de tous les quartiers d'un district répondent aux besoins des consommateurs de drogues et de leurs proches. Les coordonnateurs et assistants coordonnateurs passent d'un programme à l'autre pour veiller à ce que les services soient concrets et efficaces.

Le système de stagiaires est également novateur. Le CETAD est rattaché à une université et peut accommoder chaque année jusqu'à dix stagiaires de premier ou deuxième cycle. Un grand nombre de ces stagiaires sont issus des facultés de médecine ou de soins infirmiers, mais certains viennent aussi du journalisme, du droit et des sciences sociales. Les étudiants peuvent s'inscrire pour un stage qui sera compté comme unité de valeur pour leur diplôme ou le CETAD peut placer une annonce pour trouver un stagiaire dans une discipline particulière, par exemple le journalisme, et cette personne pourra travailler dans le domaine des médias. La plupart des étudiants rédigent ensuite des articles et une thèse, dont certains sont utilisés pour des rapports de recherche ou des matériels d'information, ou pour des propositions de financement en vue d'élargir les services ou d'en créer de nouveaux.

Le CETAD s'efforce de travailler dans les quartiers où se consomment les drogues plutôt qu'avec les consommateurs seulement. Cette approche signifie que le CETAD a mis en place un éventail de services qui constituent un ensemble complet d'activités de prévention de la toxicomanie et du VIH, ainsi qu'une aide sanitaire et sociale globale. Si l'objectif premier est d'offrir des services aux CDI, aux fumeurs de crack et aux autres consommateurs de drogues non injectables, les services s'efforcent aussi de toucher leurs familles, leurs partenaires sexuels, leurs voisins et les autres personnes vivant dans le quartier. Des services destinés aux femmes sont offerts, dont des programmes visant à contacter les fumeuses de crack et à distribuer des préservatifs féminins.

En fournissant des services à l'ensemble de la communauté et en poursuivant son plaidoyer en faveur de l'extension des services dans les bairros pauvres, le CETAD s'est positionné comme 'l'ami' de dizaines de milliers de consommateurs de drogues et de leur entourage dans tout Salvador. En conséquence, le CETAD s'est vu aider dans son travail par les agents de terrain qui effectuent toutes ces activités à partir de leur foyer. Les services mis en place sont fondés sur les résultats des recherches faites par le CETAD à Salvador et dans l'Etat de Bahia, et sur les recherches effectuées ailleurs au Brésil et dans d'autres pays, dont les résultats sont réunis et diffusés par la bibliothèque et le centre d'information du CETAD.

Le CETAD travaille en partenariat avec de nombreuses organisations. Il a contribué à la création de l'Association de réduction des risques de Bahia (ABAREDA) constituée par des consommateurs de drogues actifs à Salvador. Les buts d'ABAREDA sont d'accroître le nombre des programmes de réduction des risques dans l'Etat de Bahia, d'assurer les droits sociaux des consommateurs de drogues et leur intégration sociale, de défendre les droits et la liberté d'action de ceux qui travaillent à la réduction des risques et de former des associations municipales d'ABAREDA, c.-à-d. des groupes locaux de réduction des risques ou de consommateurs de drogues. Le CETAD et ABAREDA envisagent de laisser à ces groupes la responsabilité des activités de réduction des risques, dans certains quartiers de la ville au moins.

Le CETAD collabore aussi étroitement avec l'Hôpital universitaire, l'un des plus grands de Salvador, pour fournir une assistance, par exemple le conseil et le test VIH, aux clients contactés par le biais du Projet communautaire. Le traitement, la prise en charge et le soutien dans le domaine du VIH sont apportés par un réseau qui comprend le Gouvernement de l'Etat, des organisations non gouvernementales et le CETAD. Par exemple, les CDI peuvent recevoir leur traitement du VIH au Centro de Referência Estadual de AIDS (CREAIDS), une institution du Gouvernement de l'Etat proche des locaux du CETAD. L'Instituição Beneficente Conceição Macedo (IBCM), une organisation non gouvernementale travaillant dans le bairro de Pernambues, prend en charge les enfants séropositifs au VIH et ceux dont les parents vivent avec le VIH et offre chaque semaine de la nourriture aux CDI séropositifs au VIH et aux autres personnes vivant avec le VIH qui auraient besoin de ce type d'assistance. Lors de la distribution

des colis de nourriture, les employés du CETAD échangent les aiguilles et seringues et offrent une information concernant le VIH et la consommation de drogues.

Tableau 22: Salvador, services et produits offerts

Services et produits	CETAD, activités de proximité*	Programme prisons
Distribution des aiguilles et seringues	X	–
Retour des aiguilles et seringues	X	–
Elimination des aiguilles et seringues	X	–
Eau pour injections	X	–
Compresses et alcool	X	–
Désinfectant pour nettoyer les seringues	X	–
Filtres et tampons de coton	–	–
Coupelles pour mélanger les drogues	X	–
Matériels pour rendre plus sûres les pipes de crack	X	–
Vitamines	–	–
Traitement de l'hépatite		–
Traitement du VIH et du SIDA	Orientation-recours	–
Activités de prévention de la toxicomanie	X	–
Désintoxication	Orientation-recours	–
Traitement de la toxicomanie	Orientation-recours #	–
Autres médicaments	–	–
Distribution de préservatifs	X	X
Distribution de matériels d'information, éducation et communication	X	X
Education et conseil personnalisés	X	X
Education en groupes	X	X
Services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles	Orientation-recours	–
Conseil (général)	X	–
Conseil relatif aux drogues	X	–
Conseil relatif au VIH et au SIDA	X	–
Assistance juridique	–	–
Aide au logement et aide sociale	–	–
Groupes de soutien pour consommateurs de drogues	X	–
Groupes de soutien pour anciens consommateurs de drogues	–	–
Groupes de soutien pour personnes vivant avec le VIH	–	–

* se rapporte à tous les services, y compris le réduction des risques, les points mobiles et les programmes communautaires
Le traitement de la toxicomanie est surtout effectué par le personnel du CETAD dans les locaux du CETAD.

Tableau 23: Programme du CETAD 2002

	Programme de réduction des risques	Points de prévention mobiles	Programme communautaire	Programme dans les prisons	Total
Occasions de service*	27 763	13 807	5 282	2 343	49 163
Distribution des aiguilles et seringues	14 049	1 526	12	0	15 587
Distribution de préservatifs masculins	139 491	90 323	21 925	11 275	263 014
Distribution de préservatifs féminins	4 086	12 054	714	1 571	18 425
Distribution de matériels éducatifs	9 683	5 199	4 010	1 532	20 424

* Le processus de suivi du CETAD enregistre les occasions de service et si un client est ou non nouveau. Le nombre des nouveaux clients peut être estimé (voir 4.1.5 Couverture); toutefois on ne peut estimer le nombre total des clients de base ni la régularité de contact à partir de ces dossiers.

4.1.5 Couverture

Le PNUCID estime que le CETAD avait touché 68% des CDI de Salvador d'ici à novembre 2002⁵⁰. L'approche adoptée par le CETAD pour obtenir une couverture élevée est d'essayer de se rendre dans le plus grand nombre possible de bairros dans lesquels existent ou pourraient exister la consommation de drogues et les infections à VIH qui s'y rapportent. Comme on le voit ci-dessus, cette approche a permis d'accéder à un grand nombre de consommateurs de drogues différents, aux membres de leur famille et à leurs partenaires sexuels dans l'ensemble des quartiers les plus pauvres de la ville.

Le nombre de nouveaux clients vus par tous les services en 2002 a été de 12 198, dont 675 étaient des CDI et 2296 des consommateurs de crack. Sur les 675 CDI, 72 étaient des femmes, alors que parmi les 2296 consommateurs de crack, 376 étaient des femmes. Le reste des clients étaient des utilisateurs de stéroïdes qui ne s'injectaient pas de drogues et n'utilisaient pas de crack ; des consommateurs de marijuana et d'alcool ; les familles ou partenaires sexuels des consommateurs de drogues ; et d'autres personnes vivant dans les quartiers où des drogues se consomment. Dans ces chiffres figurent 1090 nouveaux clients de sexe masculin et 23 nouvelles clientes contactés dans les prisons. On ne compte que 70 femmes détenues dans les prisons de Salvador et le programme dans la prison pour femmes a commencé vers la fin de 2002. Parmi les nouveaux détenus contactés, 27 étaient des CDI et 15 des fumeurs de crack.

La plupart des clients semblent être vus chaque mois par les employés du CETAD et plus fréquemment par les agents de terrain. Il est impossible de calculer le contact régulier étant donné le système de suivi employé.

L'amitié et les bonnes relations entre les employés du CETAD et les communautés des quartiers sont essentielles au succès du programme. Le plaidoyer a également été crucial. Au cours des entretiens, on a relevé un tableau complexe de plaidoyer à l'échelle locale par les agents de terrain, soutenus, si nécessaire, par les cadres, les coordonnateurs et le directeur, ou avec un appui spécial apporté par les étudiants en journalisme ; à l'échelle de la communauté dans son ensemble ou du district, par les cadres et le directeur ainsi que par ABAREDA. On a également souligné l'importance de la participation des consommateurs actifs de drogues injectables aux activités de plaidoyer ; de plus, le rôle croissant des consommateurs actifs dans les programmes de réduction des risques de l'Etat de Bahia est l'un des plus importants objectifs d'ABAREDA.

La diversité des services est la clé de la couverture accrue obtenue dans les quartiers où se consomment les drogues. En organisant une vaste palette d'activités associées au CETAD, des matchs de football à la fabrication d'instruments de musique, à l'échange des aiguilles et seringues, aux manifestations et à la distribution de préservatifs masculins et féminins, la plupart des habitants des bairros pauvres peuvent obtenir quelque chose dont ils ont besoin auprès du CETAD. Les services et produits sont aussi très pratiques, car ils sont souvent accessibles au cœur même du bairro ou auprès des minibuses mobiles et des travailleurs de proximité qui font le tour des quartiers.

⁵⁰ ONUDC (2002). op.cit.

4.1.6 Maintien et extension de la couverture

Avec ce programme ambitieux, le CETAD doit lutter pour maintenir le financement de ses divers services, dont la plupart obtiennent leur soutien de plusieurs sources. Depuis 2001, les fonds ont été réduits et d'autres coupures se sont produites à fin 2003. Le Projet III de lutte contre le SIDA et les MST au Brésil de la Banque mondiale pourrait aider les Gouvernements du pays et de l'Etat à augmenter les fonds destinés à des institutions comme le CETAD. Une autre priorité du projet de la Banque mondiale est de mettre en place un processus efficace de suivi et d'évaluation pour tous les domaines entourant la prévention et le traitement du VIH.

De plus, on a proposé une Campagne de plaidoyer en faveur de la réduction des risques dans cinq sites du Brésil, dont Salvador, ce qui permettrait d'améliorer la compréhension du public comme des pouvoirs publics concernant la nécessité et l'utilité des programmes du type de ceux que gère le CETAD. Une telle campagne plaiderait aussi en faveur d'une augmentation des dépenses consacrées aux programmes de prévention dans le cadre des activités associées de prévention et de traitement qui se déroulent au Brésil.

4.1.7 Lectures complémentaires

Andrade T, Lurie P, Medina MG, Anderson K et Dourado I. The opening of South America's first needle exchange programme and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia Brazil *AIDS and Behaviour*, 5 (1) : 51-64. 2001a.

Andrade TM, Dourado MI, Farias AH et Galvao-Castro B. Reducao de danos e da prevalencia da infeccao pelo HIV entre usuarios de drogas injetaveis em Salvador BA. In : Ministerio de Saude (ed.) *A Contribuicao dos Estudos Multicentros frente a Epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil*. Brasilia : MS. 2001b.

Bastos F. Drugs and AIDS : a case study from Brazil. *Urban Health and Development Bulletin* 3 (2) June 2000.

Bastos FI, Kerrigan D, Malta M, Carneiro-da-Cunha C et Strathdee S. Treatment for HIV/AIDS in Brazil : strengths, challenges, and opportunities for operations research *AIDS Science*, 1 (15) November 2001.

Bastos FI, de Pina MdF et Szwarcwald CL. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *International Journal of Drug Policy*, 13 : 137-144. 2002.

Brazilian STD/AIDS Programme. *Government politics of recognition and support to the organizations of the civil society*. Brasilia, Brésil, juillet 2002.

Ortells P. *Brazil : A model response to AIDS*. Global Policy Forum. New York. 2003. [Publication électronique] http://www.globalpolicy.org/soecon/develop/aids/2003/04_aidsbrazil.htm

Parker RG. A summary discussion of the development of HIV/AIDS policy in Brazil. *Urban Health and Development Bulletin*, 3 (2) juin 2000.

ONUSIDA. *Aide-Mémoire sur l'Epidémiologie du VIH/SIDA et des Infections sexuellement transmissibles – Brésil*. Genève. Décembre 2002.

ONUUDC. *Case study : Salvador, Brazil*. Brasilia. Novembre 2002.

5. Les leçons de l'expérience : sites à niveau élevé de couverture

Le fait que des niveaux élevés de couverture puissent être atteints par des interventions de lutte contre le VIH parmi les CDI dans les pays en développement et en transition constitue le résultat le plus important. Par exemple, les programmes d'échange des aiguilles et seringues et de distribution de méthadone ont touché plus de 50% des CDI dans les sites étudiés, et le traitement et la prise en charge du VIH ainsi que le soutien aux CDI séropositifs au VIH ont atteint des niveaux élevés de couverture au Brésil et dans la RAS de Hong Kong et pourraient y parvenir bientôt au Bangladesh. Au cours de la collecte des données et de la rédaction du présent rapport, plusieurs sites ont été identifiés qui pourraient aussi avoir des programmes à haut niveau de couverture.

Dans plusieurs des sites, la couverture obtenue a permis d'éviter ou de retarder des épidémies de SIDA parmi les CDI. Au Bangladesh ; dans la RAS de Hong Kong ; à Pskov, Fédération de Russie ; et à Sumy, Ukraine, on a pu éviter une forte élévation de la prévalence du VIH parmi les CDI malgré les hauts niveaux de prévalence relevés dans les provinces ou pays avoisinants qui sont semblables sur le plan des cultures et des niveaux de consommation de drogues injectables. A Soligorsk, Bélarus, le programme d'échange des aiguilles et seringues a commencé après l'apparition de taux élevés de prévalence du VIH, de sorte que l'effet n'est aussi évident, et une couverture beaucoup plus élevée et maintenue pendant plusieurs années sera probablement nécessaire pour parvenir à une baisse de la prévalence. A Salvador, Brésil, des changements importants dans les schémas de consommation de drogues troublent le tableau de la prévalence du VIH, mais il est probable que les programmes ont stabilisé et réduit la prévalence du VIH parmi les CDI.

5.1 Caractéristiques communes aux programmes à niveau élevé de couverture

Les principes de la réduction des risques ont été appliqués pour élaborer des programmes adaptés à la situation locale

Les sites étudiés ici sont implantés dans une série de contextes sociaux, politiques, religieux et culturels variés. Dans des villes orthodoxes russes comme Pskov, Fédération de Russie, dans des villes musulmanes du Bangladesh, et dans le Brésil généralement catholique romain ; dans des économies de services industriels et financiers et des économies fondées sur l'agriculture ; dans des villes comme Dhaka, Bangladesh, comptant 12 millions d'habitants et des petites villes de 30 000 personnes ; dans des pays en transition et dans d'anciennes démocraties, des programmes sont parvenus à des niveaux élevés de couverture parmi les CDI.

Les caractéristiques des programmes sont spécifiques aux situations sociales, politiques et culturelles dans lesquelles ils ont été exécutés. Il en est résulté des différences dans les modes de fonctionnement, dans le nombre et le type de personnel employé, dans les services et produits particuliers offerts, les liens avec d'autres services, etc. Plutôt que de reproduire des modèles élaborés par d'autres pays, les concepteurs et exécutants des programmes ont examiné les principes qui sous-tendent les interventions et formulé des interventions sur le VIH appropriées à leurs sites.

Il faut accorder la priorité aux efforts de plaidoyer, et les doter d'effectifs et de fonds suffisants

Les approches efficaces pour s'attaquer au VIH parmi les CDI sont matière à controverse dans de nombreuses parties du monde. Dans chacun des sites, on a consacré beaucoup de temps et de réflexion à surmonter les craintes de la communauté et les préoccupations des pouvoirs publics concernant les programmes proposés. Dans plusieurs sites, une part au moins des tâches de plusieurs des salariés était consacrée au plaidoyer et, à Dhaka et Rajshahi, des postes particuliers y étaient consacrés.

De plus, chaque programme comptait au moins une personne, que l'on pourrait désigner sous le nom de 'partisan crédible', soit une personne ou une organisation qui propose des approches efficaces, que l'on écouterait et qui fait autorité auprès des pouvoirs publics et si possible de la communauté dans son ensemble. Les partisans crédibles ont généralement, ou sont en mesure d'établir rapidement, des liens avec des membres haut placés du gouvernement, tant dans le domaine de la santé que dans d'autres secteurs clés comme l'administration et les services chargés de l'application de la loi.

La communauté, les pouvoirs publics, les organisations confessionnelles et les autres leaders d'opinion doivent soutenir les programmes

Ce soutien a généralement été obtenu grâce à un plaidoyer à plusieurs niveaux, y compris dans la communauté vivant au voisinage immédiat des services, par des réunions officielles ou non, des campagnes d'information du public, la participation des responsables des programmes aux comités multisectoriels sur le SIDA et les drogues et, dans la plupart des cas, par l'instauration de rapports avec des membres choisis des médias. De plus, des évaluations régulières et la publication des résultats ont contribué au développement du soutien politique et communautaire. Dans certains cas, l'appui politique a permis l'élaboration de lois et de politiques prévoyant des services spécifiques au VIH, et un financement du gouvernement pour assurer la mise en œuvre des programmes. C'est vraisemblablement les sites où existe ce type d'engagement qui seront le plus durables.

Le rôle des représentants de la loi est essentiel au succès

Dans la plupart des pays, s'occuper de prévention du VIH parmi les CDI se fait dans un contexte de criminalisation de la consommation de drogues. Les programmes doivent se dérouler là où se trouvent les consommateurs de drogues et avec l'aval des trafiquants et des propriétaires de lieux de shoot, si l'on veut toucher le plus grand nombre possible de CDI. Les travailleurs de proximité qui transportent des aiguilles et seringues neuves et usagées doivent pouvoir travailler sans voir leur matériel confisqué. Les clients des programmes doivent pouvoir fréquenter les sites d'échange des aiguilles et seringues, ou les centres de distribution de méthadone et de traitement du VIH sans craindre d'être arrêtés. Les représentants de la loi ne sont certes pas tenus de soutenir chaque intervention, mais ils doivent permettre aux programmes de fonctionner sans entrave.

Dans la plupart des sites étudiés, les services d'application des lois ont au minimum établi des rapports de travail flexibles fondés sur la confiance avec le personnel des programmes. Et dans le meilleur des cas, ces services ont participé pleinement à la planification et à l'extension des programmes. Dans la plupart des sites, les officiers supérieurs ont été consultés au début du processus de planification, puis régulièrement

durant la mise en œuvre. Un engagement profond et soutenu des représentants de la loi en faveur d'approches efficaces est probablement l'un des facteurs déterminants de la viabilité d'un programme.

Le financement est essentiel à l'extension

Tous les programmes à l'exception de celui de la RAS de Hong Kong ont débuté grâce à un financement extérieur. La raison la plus probable pour laquelle les sites d'Europe orientale sont souvent des villes comptant des populations de CDI de 1000 à 1500 est que les besoins des programmes de lutte contre le VIH dans ces villes correspondent assez bien à la fourchette de financement des donateurs dans cette région, c.-à-d. entre 20 000 et 30 000 dollars par année. Les villes comptant davantage de CDI comme Dhaka et Hong Kong, nécessitent des investissements plus importants. Des employés du programme de CARE-Bangladesh ont souligné que la souplesse de l'approche adoptée par les donateurs a contribué à l'obtention d'une couverture élevée à Dhaka. Dans la RAS de Hong Kong, l'engagement pris par le Gouvernement de financer le traitement à la méthadone de tous les utilisateurs d'opiacés qui en ont besoin a permis une couverture élevée. Dans tous les autres sites, le financement s'est accru au cours des premières années des programmes au moins, afin de prendre en compte l'utilisation accrue des services. Les donateurs extérieurs doivent adopter une approche flexible pour ce qui est du niveau de financement offert à chaque site, des éléments particuliers au programme et de la mise en œuvre.

Financement durable

Aucun des programmes décrits n'a obtenu une couverture élevée dès sa première année de fonctionnement ; pourtant telle est souvent la durée d'un financement extérieur. Dans la plupart des cas il a fallu plus de trois ans pour obtenir un niveau élevé de couverture.

Le financement ne doit pas seulement être suffisamment souple pour accommoder la croissance d'utilisation des services ; il faut aussi un engagement portant sur deux années au moins pour assurer que les programmes touchent un nombre suffisant de CDI. A l'exception des programmes de Soligorsk, Bélarus et de Salvador, Brésil, les fonds ont augmenté chaque année. Dans les programmes dont le financement s'est réduit, la palette des services s'est resserrée et la couverture en a par conséquent souffert.

Les différences entre chaque site ont pour conséquence la mise en place de services et approches différents pour inciter les CDI à fréquenter le programme

Tous les programmes offrent une gamme de services en plus de l'échange des aiguilles et seringues ou de la distribution de méthadone. Dans de nombreux cas, une telle palette de services a pu être obtenue grâce aux liens étroits et aux partenariats développés avec d'autres organisations. En fournissant une vaste gamme de services, on attire plusieurs types de CDI, dont des consommateurs de drogues diverses, des hommes et des femmes, des personnes plus ou moins âgées et d'autres provenant de groupes ethniques particuliers. De plus, des individus exposés au risque d'infection à VIH liée à la consommation de drogues ne sont pas nécessairement des personnes qui s'injectent des drogues. Certains programmes portent sur les partenaires sexuels des CDI, les professionnel(le)s

du sexe, qui parfois s'injectent aussi des drogues, les familles des CDI et des consommateurs de drogues qui ne s'injectent pas, mais qui à un moment ou un autre peuvent passer à la consommation de drogues injectables. Le financement des programmes doit être suffisamment souple pour leur permettre d'évoluer et de s'occuper de tous ces groupes.

Tous les programmes d'échange des aiguilles et seringues étudiés fonctionnent d'une manière assez stricte, c'est-à-dire que le nouveau matériel n'est distribué que si les aiguilles et seringues usagées sont rapportées. Cette méthode n'est pas la norme dans certains pays industrialisés, mais l'absence de systèmes sûrs de gestion des déchets dans plusieurs des sites signifie que le contrôle et l'élimination sans risque du matériel usagé sont importants pour atténuer les préoccupations d'ordre épidémiologique concernant la transmission des maladies infectieuses et calmer les inquiétudes de la communautés concernant le risque perçu de ces matériels contaminés dans les rues. L'échange strict semble donc convenir dans ces contextes.

Un programme peut être reproduit pour satisfaire les besoins des CDI dans d'autres districts, villes et provinces

Comme l'a montré la méthode de CARE au Bangladesh, des programmes de prévention du VIH parmi les CDI lancés avec succès dans un site ont été élargis puis repris dans d'autres parties du pays. Les statistiques des programmes d'échange des aiguilles et seringues le montrent bien au Bélarus, en Fédération de Russie, en Ukraine et au Brésil : on peut aussi obtenir un niveau élevé de couverture en lançant en même temps plusieurs programmes de prévention du VIH.

Commodité d'accès

Dans chacune des études de cas, les CDI disposaient de plusieurs moyens et d'horaires variés pour fréquenter les services. Les programmes de proximité constituent la méthode la plus courante pour offrir un accès facile à l'éducation, à l'échange des aiguilles et seringues et à d'autres services, alors que le fait de faciliter l'accès aux services pour les CDI dans les sites fixes, en les plaçant près de l'entrée du bâtiment ou en créant des entrées séparées pour les CDI, accroît leur attractivité.

Pour les programmes d'échange des aiguilles et seringues, l'utilisation de l'échange secondaire facilite le processus pour les CDI, qui peuvent obtenir le matériel d'injection auprès de leurs amis, des dealers ou dans les lieux de shoot. Pour que l'échange secondaire soit une réussite, il faut établir de bons rapports avec les représentants de la loi et un suivi est essentiel pour faire en sorte que les CDI obtiennent l'information et l'éducation appropriées auprès des personnes qui pratiquent l'échange secondaire ou des éducateurs pour les pairs.

Les programmes de substitution se déroulent dans des sites fixes, à l'exception de la méthode 'sac au dos' de distribution de buprénorphine en Inde et des 'bus-méthadone' en Allemagne et aux Pays-Bas. Le nombre et l'implantation des centres sont importants pour assurer la commodité d'accès, comme on le voit par exemple dans le programme de la RAS de Hong Kong.

Participation des CDI

La plupart des directeurs de programmes interrogés ont reconnu la valeur du travail de certains CDI qu'ils qualifient de 'père ou mère' du programme, estimant que leur implication précoce dans les opérations du programme est cruciale pour établir le contact avec les CDI. Même dans le programme de distribution de la méthadone dans la RAS de Hong Kong, les clients participent par le biais d'enquêtes menant à des modifications dans les services. Des échanges réguliers fondés sur le respect et l'amitié entre les CDI et le personnel des programmes est un facteur qui contribue à obtenir un niveau élevé de couverture. Une collaboration avec des groupes de consommateurs actifs ou anciens s'est établie à Salvador, Dhaka et Rajshahi et est envisagée dans la RAS de Hong Kong. Une présence accrue des CDI dans les structures pertinentes, telles que les groupes consultatifs, les groupes de CDI, ou en tant qu'employés du programme aura vraisemblablement comme conséquence une meilleure viabilité des programmes.

Problèmes de gestion

Il est crucial de fournir un aide technique et une formation aux responsables des programmes et une formation en cours d'emploi ou une remise à niveau aux employés, notamment ceux qui travaillent en contact direct avec les CDI. Parmi les autres facteurs importants, on peut noter un bon encadrement, une capacité à résoudre les problèmes, des réunions périodiques et des possibilités de formation en cours d'emploi, qui auront pour conséquence une stabilité du personnel qui à son tour encouragera les CDI à fréquenter régulièrement les programmes.

De plus, les programmes efficaces sont équilibrés en ce sens qu'ils ne comptent que peu de postes de responsables ou de cadres par rapport aux effectifs qui travaillent sur le terrain ou dans les dispensaires dans le cas de la RAS de Hong Kong. Même à Dhaka, les 11 responsables et cadres travaillent avec plus de 50 travailleurs de proximité rétribués. Il est nécessaire de trouver un équilibre entre le contrôle et l'encadrement des employés de proximité ou de centre et la confiance à leur accorder dans leur travail. Le système de CARE-Bangladesh qui comporte des formateurs de terrains et des coordonnateurs dans les divers domaines du programme, dont le plaidoyer et le travail de proximité, pourrait convenir tout particulièrement à l'Asie du Sud et à l'Asie du Sud-Est, où les CDI actifs employés comme travailleurs de proximité ont peut-être des niveaux assez faibles d'éducation et d'expérience en matière de travail régulier.

Tirer les leçons de l'expérience

A Salvador, une citation de Paulo Freire décrit le programme du CETAD, « *C'est en marchant que nous construisons notre chemin* ». Etant donné la diversité des situations dans lesquelles se déroulent les programmes à l'intention des CDI, il est inévitable qu'un processus d'essai et erreur se mette en place pour que s'instaure un équilibre 'local' dans les éléments d'un programme, le personnel et autres qui permettront d'obtenir un niveau élevé de couverture. De nouvelles idées doivent être testées, évaluées et élargies si elles se révèlent efficaces, ou modifiées ou abandonnées si tel n'est pas le cas. En outre, comme le montre l'étude de cas de Pskov, lancer un programme puis s'informer des expériences faites à l'échelle internationale ou en Russie a aidé les responsables du programme à examiner le travail qu'ils avaient commencé et à l'améliorer.

5.2 Quels défis pour des interventions complètes dans le domaine du VIH ?

Pour obtenir une palette complète d'interventions, un niveau élevé de couverture est nécessaire

Aucun des sites n'offrait une palette complète d'interventions liées à la consommation de drogues injectables, comprenant les traitements de substitution, les autres formes de traitement de la toxicomanie, les activités de proximité, l'échange des aiguilles et seringues et le traitement, la prise en charge et le soutien dans le domaine du VIH. Seul le Brésil s'approche d'un programme global, mais l'impact de cette approche est limité en raison de problèmes techniques, dont l'absence d'un traitement approprié de substitution de la cocaïne. Dans de nombreux pays, les éléments essentiels d'une approche globale font défaut, notamment l'accès à un traitement financièrement abordable des infections sexuellement transmissibles, les soins de santé liés au VIH, dont la thérapie antirétrovirale, et le conseil et le test VIH volontaires (et confidentiels).

Les rapports entre les programmes et les représentants de la loi ou l'armée restent difficiles

Un plaidoyer continu et ad hoc tant avec les représentants de la loi et les autres secteurs de la communauté à plusieurs niveaux doit être intégré dans tous les programmes, qui seront dotés de fonds pour former leur personnel aux activités de plaidoyer et, lorsque les programmes sont assez conséquents, d'un financement permettant de créer des postes dans le domaine du plaidoyer. En outre, il conviendra de faire comprendre aux représentants de la loi et aux personnels d'autres secteurs la nécessité de programmes complets ainsi que leur rôle dans les programmes de lutte contre le VIH parmi les CDI.

Equilibrer les dépenses entre les activités de prévention et de traitement du VIH est un élément important pour la viabilité des programmes

La fourniture de traitements antirétroviraux peut entraîner une baisse des fonds destinés à la prévention du VIH. Même si cette activité est un élément important d'une riposte globale au VIH, la baisse des fonds destinés à la prévention aura pour effet une augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH et des coûts des traitements qui s'ensuivront.

Les problèmes liés au genre et à la transmission sexuelle ne sont toujours pas résolus

Dans de nombreux pays, les femmes qui consomment des drogues injectables sont l'objet de plus de stigmatisation que les hommes, c'est pourquoi il est difficile de déterminer le ratio hommes-femmes dans une population de CDI. La plupart des programmes ont enregistré de faibles niveaux de participation des consommatrices de drogues injectables. De plus, les programmes accordent à la transmission sexuelle du VIH une moindre importance qu'à la transmission associée à la consommation de drogues. Il est possible que ces deux problèmes soient liés entre eux.

Il pourrait être utile d'inverser la tendance en créant des services orientés vers les consommatrices de drogues injectables et les professionnelles du sexe qui consomment des drogues, même en l'absence de données concernant la consommation de drogues injectables ou de liens entre cette consommation et le commerce du sexe. En introduisant des services de ce type, les consommatrices de drogues injectables et les professionnelles du sexe qui s'injectent des drogues pourraient se faire connaître, et

ne plus rester à l'écart des services, de la recherche ou des évaluations. Il est certain que les sites qui emploient au moins quelques travailleuses de proximité contactent davantage de consommatrices de drogues injectables que ceux qui n'emploient que des hommes pour cette activité. Il conviendrait d'encourager des équipes mixtes de travailleurs et travailleuses de proximité.

Manque de standardisation dans le suivi et la notification

Il a fallu beaucoup d'efforts dans presque tous les sites pour tirer des données les statistiques nécessaires au présent rapport. Une méthodologie standardisée simplifierait la mesure de la couverture et augmenterait les possibilités de comparaison entre les programmes. Il a également été problématique d'estimer le nombre de CDI dans chaque localité, notamment au Brésil. Cette difficulté est partiellement due au fait que la consommation de drogues est une activité cachée dans la plupart des sociétés et, au Brésil en particulier, que les caractéristiques de la consommation de drogues changent rapidement.

Le nombre de CDI contactés de manière régulière dans chaque site tend à représenter un petit pourcentage de la population de CDI dans la ville ou la province.

Il est possible que l'échange secondaire et d'autres méthodes s'appuyant sur les pairs assurent un contact régulier avec un groupe plus important, mais les programmes doivent intensifier leurs efforts pour mettre les CDI en contact régulier avec une large palette de services.

Il convient également de noter qu'aucun des sites étudiés ne couvrait 50 000 ou 100 000 CDI, soit le nombre relevé dans certaines villes des pays en développement et en transition. Un niveau élevé de couverture pour des groupes aussi importants de CDI exigera un investissement considérablement plus grand que celui qui a été nécessaire pour les programmes décrits dans le présent rapport.

5.3 Recommandations pour un minimum de suivi et d'estimation de la couverture

Les études de cas ont révélé un large éventail de processus de suivi ce qui a rendu difficiles les comparaisons et, dans certains cas, pratiquement impossible la détermination du nombre total de personnes contactées et du nombre de personnes régulièrement contactées. Pour ces raisons, on recommande un ensemble minimum standardisé de suivi et d'estimation, basé sur le modèle suivant destiné à :

- estimer le nombre de CDI dans une région géographique donnée⁵¹; et
- enregistrer le nombre de CDI qui ont accès à des services donnés⁵².

Il faut encourager les programmes à intensifier le suivi afin de satisfaire leurs propres besoins, mais il convient pour cela d'utiliser un système standardisé de suivi et d'estimation.

Il est recommandé, pour estimer le nombre de CDI dans une région géographique donnée, d'utiliser des multiplicateurs et des données de références. Ces calculs utilisent les données existantes concernant les comportements et événements qui sont courants parmi les CDI, par exemple les données concernant les arrestations de la police pour consommation ou possession de drogues, ainsi que des données relatives aux traitements de la toxicomanie, aux accidents et aux services d'urgence ou aux décès liés à la drogue. Cette information préexistante, qui constitue la somme des comportements et événements sur une période donnée, est désignée sous le nom d'information de référence. Pour toutes ces données de référence ainsi que pour les données des enquêtes (ci-dessous), il est important de détailler les données par sexe.

En plus de cet ensemble de données, il faut une estimation de la proportion de la population cible qui a connu cet événement, par exemple, la proportion des CDI qui ont été arrêtés, sont décédés, etc. ; l'inverse de cette proportion est appelé multiplicateur. Pour estimer le multiplicateur associé, il faut généralement effectuer des sous-études limitées et séparées et pour cela, les dossiers anonymes suffisent.

Pour illustrer cette méthode, si l'on sait que, au cours de 2002, un total de 7000 CDI ont suivi un traitement dans un lieu donné, et si l'on sait aussi, grâce à des enquêtes, que 20% environ de tous les CDI ont suivi un traitement en 2002, le nombre estimé de CDI sera de 35 000.

On peut calculer séparément et indépendamment la proportion de la population cible dans les données de référence, soit par entretien ou questionnaire, soit par des études spécifiques. Un moyen courant d'effectuer cette étape est de poser des questions particulières, selon les données de base utilisées, en rapport avec les arrestations, les traitements, les overdoses, etc. dans des enquêtes d'estimation et de riposte rapides ou d'autres enquêtes concernant les comportements à risque d'infection par le VIH parmi les CDI.

On recommande d'utiliser le plus grand nombre possible de données de base et de multiplicateurs et d'employer, si possible, d'autres méthodes d'estimation de la taille des populations. Les résultats de ces calculs seront comparés afin de décider des meilleures estimations. En plus d'une estimation du nombre de CDI, il est utile d'obtenir une estimation du taux de prévalence du VIH parmi les CDI.

⁵¹ ONUDC (2003).op. cit.

⁵² USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF and the Policy Project (2004). op.cit.

Les résultats de cette technique d'estimation devraient suffire comme base pour les autres calculs décrits ci-après. Cependant, l'expérience acquise par les sites connaissant un niveau élevé de couverture suggère que ces estimations comportent de nombreuses imprécisions lorsqu'elles sont calculées avant la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH parmi les CDI ou lorsque la portée de ces programmes est encore limitée. En outre, les populations de CDI sont dynamiques, et fluctuent en fonction des effets des politiques en matière de drogues et de l'évolution de l'environnement en général ; elles diminuent lorsque les CDI cessent leur consommation, quittent la région ou décèdent ; et augmentent lorsque de nouveaux consommateurs arrivent dans cette population en provenance de groupes de non-injecteurs ou d'autres districts.

Dans plusieurs des études de cas, la taille de la population de CDI dans la région desservie par un programme a été ré-estimée en utilisant les ressources du programme pour élargir le champ des enquêtes ou des autres processus à tous les réseaux sociaux, âges, sexes, groupes ethniques et sous-populations de CDI. Les ré-estimations de ce type ont révélé des différences importantes par rapport aux chiffres d'origine, notamment à Rajshahi et à Pskov. Ce processus est recommandé pour tous les programmes.

La deuxième étape consiste à enregistrer le nombre de CDI au total et en séparant les données par sexe :

- les individus contactés par les programmes de proximité, y compris l'échange des aiguilles et seringues au cours du mois écoulé ;
- les individus suivant des traitements fondés sur l'abstinence au cours du mois écoulé ; et
- les individus suivant des traitements de substitution, p. ex. un traitement à la méthadone, à la buprénorphine, etc.

Pour ce qui est des programmes de prévention du VIH, ils doivent disposer d'un système de suivi afin de relever combien de CDI sont contactés par un service donné. Pour les traitements de la toxicomanie en institution, à l'exclusion des programmes de traitement de substitution, cette tâche est assez facile étant donné que le nombre de personnes institutionnalisées est généralement enregistré.

Tous les programmes offrant des services aux CDI enregistrent généralement leurs données au moyen d'un code d'identification unique (CIU). Il existe plusieurs méthodes pour produire un tel code, mais toutes ont pour résultat final l'obtention d'un seul numéro pour chaque client d'un programme. Ces codes doivent être enregistrés, ainsi que la date à laquelle le client utilise le service pour la première fois, sur un fichier central auquel peuvent se référer les autres systèmes de suivi et de notification. Le fichier central ne doit contenir qu'un nombre, commençant par 1 avec le premier client, le CIU et la date à laquelle le CIU a été émis, qui doit correspondre à la date à laquelle le client a pour la première fois eu accès au service.

Si les programmes de prévention du VIH parmi les CDI sont coordonnés selon une filière de services, on peut utiliser le même CIU pour tous les services. On demande simplement à chaque client s'il a déjà reçu un CIU auprès d'un autre service. Si tel n'est pas le cas, un CIU peut lui être attribué et ajouté au fichier central. Si la réponse est oui, le CIU est enregistré et la visite du client est attribuée à ce CIU.

Un formulaire de suivi, comportant des espaces pour la date, le CIU du client et le service fourni est aussi nécessaire afin d'enregistrer chacune des visites des clients. Dans le cas de services orientés sur des produits, comme les programmes d'échange des aiguilles et seringues, le formulaire devrait aussi permettre d'indiquer le nombre d'aiguilles et seringues et de préservatifs, etc. distribués ainsi que les autres services ou conseils d'orientation-recours offerts. Des questions supplémentaires peuvent être insérées dans ce formulaire afin d'acquérir une meilleure connaissance des moyens d'améliorer la couverture.

Il faut faire une distinction importante entre le *nombre de clients* et le *nombre de visites de clients*. Le premier est essentiel pour plusieurs des processus détaillés ici, alors que le second est difficile à interpréter si l'on ne dispose pas du nombre de clients. Les deux chiffres devraient être enregistrés, mais si cela n'est pas possible, c'est le nombre de clients ayant accès aux services qui doit être relevé.

Avec ce système, l'information peut être conservée et communiquée, notamment :

- le nombre de CDI contactés au total ;
- le nombre de CDI ayant eu accès à tous les services au cours du mois écoulé, pour permettre le calcul des indicateurs relatifs au VIH/SIDA pour la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) ;
- la régularité des contacts (*voir 5.4 Recommandations pour la poursuite des recherches*) ; et
- le degré d'exhaustivité des services.

Le fichier central lui-même donne en permanence le nombre des clients contactés depuis le début du programme. On peut le lire en tout temps en consultant le dernier chiffre de la liste. Pour les programmes déjà en cours, l'institutionnalisation de ce système fournira un tableau du nombre de clients contactés sur deux ou trois ans, et il est possible d'ajuster ce nombre pour les clients contactés avant la mise en place du système et ne figurant pas dans le fichier.

De la même manière, il est facile de suivre le nombre de clients accédant au service durant un mois choisi étant donné que la date d'accès aux services est enregistrée. Si le type de service est également enregistré, on peut notifier l'exhaustivité des services, en tant que nombre et pourcentage de l'ensemble des clients ayant accès à chaque type de service. Selon les caractéristiques particulières de la consommation de drogues et de l'infection à VIH parmi les CDI d'un lieu, cette information peut aider les responsables des programmes de prévention à savoir si leurs objectifs de prévention sont atteints.

5.4 Recommandations pour la poursuite des recherches

Nous ne pouvons toujours pas répondre à la question « Combien faut-il en faire pour en faire assez? », mais nous nous approchons de la réponse. Les études d'efficacité à venir devront déterminer les augmentations et baisses réelles de la prévalence du VIH parmi les CDI dans les sites disposant des fonds et de l'engagement nécessaires pour obtenir un niveau élevé de couverture. Les études portant sur les interventions élargies actuellement prévues ou en cours nous fourniront des exemples pris dans la réalité et des orientations quant au niveau et au type de services susceptibles de prévenir ou de réduire les épidémies de SIDA parmi les CDI.

En outre, il faut élaborer des indicateurs de qualité concernant les services de prévention et de prise en charge du VIH parmi les CDI. Si l'on se fonde sur le présent rapport et sur d'autres études, il est évident que la qualité des services constitue un facteur important pour obtenir un niveau élevé de couverture. Les études de cas nous montrent que les domaines suivants exigent des indicateurs de qualité :

- commodité d'accès aux services ;
- éventail des services susceptibles d'attirer des sous-populations de CDI, hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, consommateurs de diverses drogues ou appartenant à divers groupes ethniques ;
- participation des CDI, et détermination de la mesure dans laquelle ils influencent les services ou y apportent des modifications, y compris des mesures concernant l'amabilité du personnel ou les rapports entre clients et personnel ;
- processus de gestion, qui doivent être flexibles, répondre aux besoins des clients et aux changements dans les caractéristiques de la consommation de drogues et les contextes politiques ; et
- efficacité des activités de plaidoyer, comprenant des mesures fixant les rapports entre les programmes et les principales parties prenantes, notamment les représentants de la loi, les pouvoirs publics à divers niveaux et le voisinage.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de dix organismes des Nations Unies : le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses dix organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.



COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA



La Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA

- est une série de matériels d'information de l'ONUSIDA qui encouragent l'apprentissage, partagent l'expérience et responsabilisent les gens et les partenaires (personnes vivant avec le VIH/SIDA, communautés affectées, société civile, gouvernements, secteur privé et organisations internationales) engagés dans une riposte élargie à l'épidémie de VIH/SIDA et son impact ;
- donne la parole à celles et ceux dont le travail est de combattre l'épidémie et d'en alléger les effets ;
- fournit des informations sur ce qui a marché dans des contextes spécifiques, pouvant être utiles à d'autres personnes confrontées à des défis similaires ;
- comble un vide dans d'importants domaines politiques et programmatiques en fournissant des directives techniques et stratégiques, ainsi que les connaissances les plus récentes sur la prévention, les soins et l'atténuation de l'impact dans de multiples contextes ;
- vise à stimuler de nouvelles initiatives aux fins de l'élargissement de la riposte à l'épidémie de VIH/SIDA au niveau des pays ; et
- représente un effort interinstitutions de l'ONUSIDA en partenariat avec d'autres organisations et parties prenantes.

Si vous désirez en savoir plus sur la Collection Meilleures Pratiques et les autres publications de l'ONUSIDA, rendez-vous sur le site www.unaids.org. Les lecteurs sont encouragés à envoyer leurs commentaires et suggestions au Secrétariat de l'ONUSIDA, à l'attention de l'Administrateur chargé des Meilleures Pratiques, ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.

Sites à niveau élevé de couverture Prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans les pays en transition et en développement Etudes de cas

L'ONUSIDA a commandé le présent rapport afin d'étudier les programmes et sites des pays à faible revenu et des pays en transition que les instances internationales s'accordent à considérer comme 'sites à niveau élevé de couverture', à savoir dans lesquels plus de 50% des consommateurs de drogues injectables avaient bénéficié d'une intervention de prévention du VIH ou davantage. Le fait qu'il soit possible d'obtenir une couverture élevée des interventions portant sur le VIH parmi les consommateurs de drogues injectables dans les pays en développement et en transition est le résultat le plus important de cette étude. Les sept études de cas comportent chacune une description de l'élaboration du programme et des caractéristiques des services offerts ; une estimation de la couverture du programme et des facteurs ayant permis d'obtenir un niveau élevé de couverture ; ainsi qu'une réflexion concernant les moyens de maintenir et d'élargir la couverture.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVE 27
SUISSE

Tél. : (+41) 22 791 36 66
Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : bestpractice@unaids.org

www.unaids.org