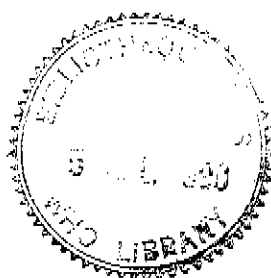


---

PROGRAMME  
MONDIAL DE LUTTE  
CONTRE LE **SIDA**



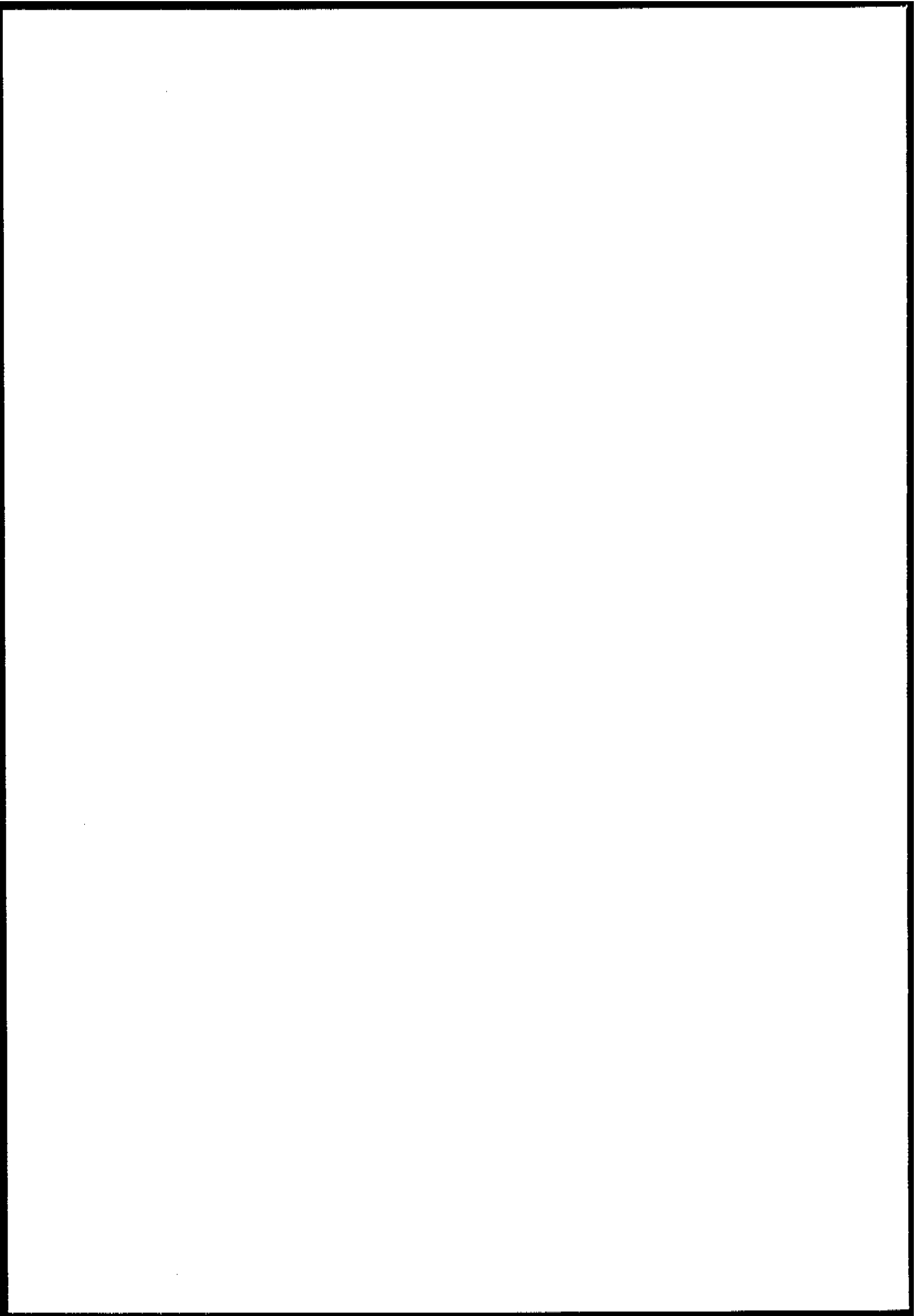
---

RAPPORT DE LA REUNION  
SUR L'INFECTION A VIH ET  
LES STRATEGIES D'INTERVENTION VISANT  
LA TOXICOMANIE PAR INJECTION

18-20 JANVIER 1988  
GENEVE



ORGANISATION  
MONDIALE  
DE LA SANTE





RAPPORT DE LA REUNION SUR L'INFECTION A VIH ET  
LES STRATEGIES D'INTERVENTION VISANT LA TOXICOMANIE PAR INJECTION

Genève, 18-20 janvier 1988

Table des matières

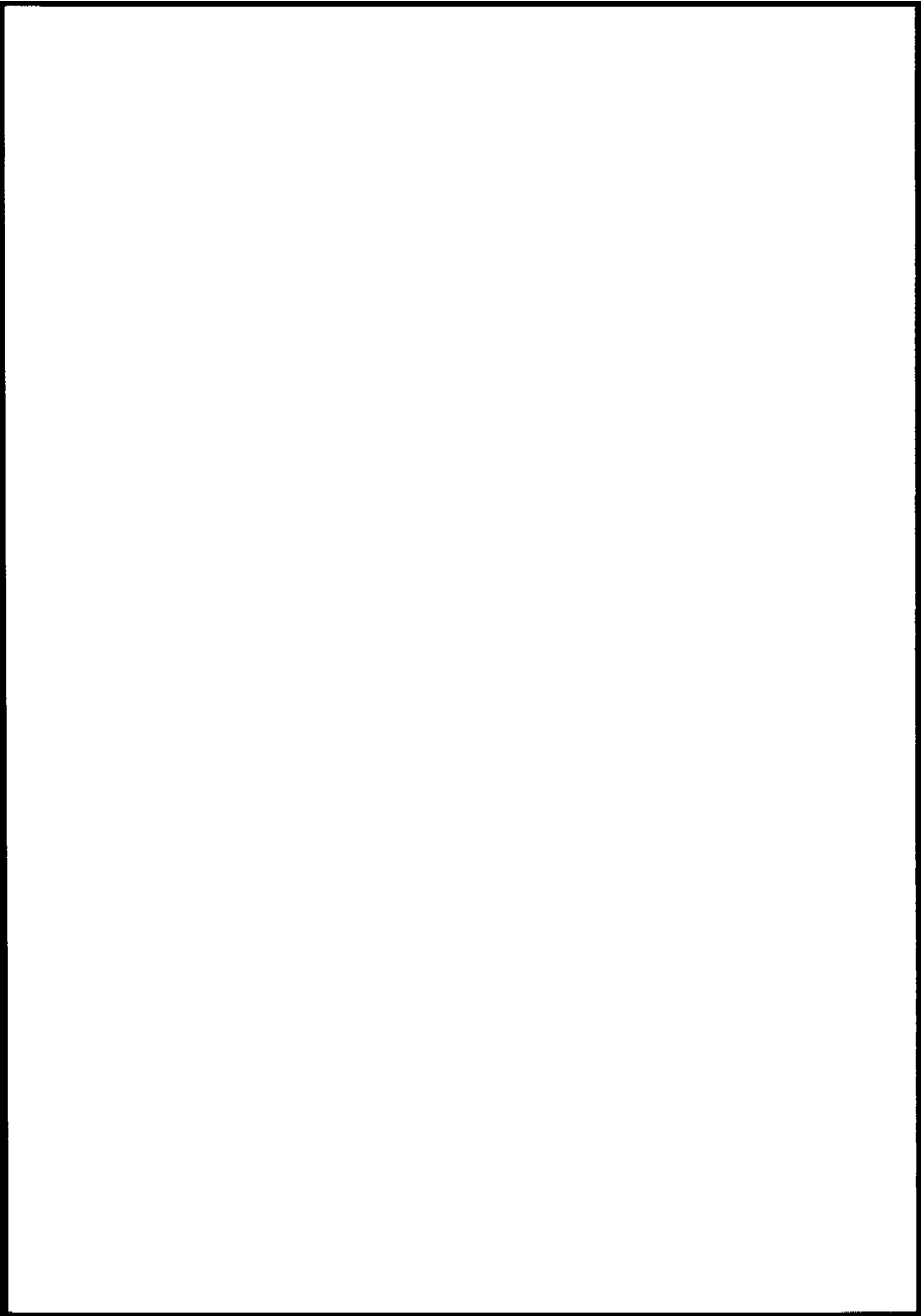
	<u>Page</u>
1. INTRODUCTION .....	1
2. NATURE ET AMPLEUR DU PROBLEME .....	1
2.1 Stratégies visant à réduire les risques d'infection à VIH parmi les toxicomanes par injection .....	2
3. DEPISTAGE .....	4
4. EDUCATION ET FORMATION .....	5
5. RECOMMANDATIONS .....	6
Annexe 1 Liste des participants .....	9
Tableau 1 Estimation du nombre des toxicomanes par injection (TI) par pays .....	11
Tableau 2 Total cumulatif des cas de SIDA parmi les toxicomanes par injection, par pays .....	12

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.



## 1. INTRODUCTION

L'extension mondiale de l'épidémie de SIDA et son association croissante avec les comportements de toxicomanie par injection sont venues renforcer la nécessité de réexaminer les politiques et programmes de prévention et de lutte visant la toxicomanie par injection, en particulier en vue de réduire le risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Une réunion a donc été organisée par le Programme mondial de Lutte contre le SIDA, de l'OMS, en collaboration avec la Division de la Santé mentale de l'OMS, en vue d'examiner le problème et de déterminer les méthodes les plus appropriées pour le traiter. Cette réunion a eu lieu du 18 au 20 janvier 1988. Elle a rassemblé 24 participants venus de 14 pays et s'est déroulée sous la présidence du Dr Dorothy Black (Royaume-Uni). On trouvera la liste des participants à l'Annexe 1.

Les objectifs de la réunion étaient les suivants:

- a) tirer les enseignements de l'application des politiques et des programmes d'intervention visant la prévention et la lutte contre la transmission du VIH dans le contexte de la toxicomanie par injection;
- b) définir des méthodes de surveillance et d'évaluation des programmes d'intervention;
- c) déterminer les besoins de recherche concernant l'efficacité des stratégies de prévention et de lutte contre l'infection à VIH liée à la toxicomanie par injection.

## 2. NATURE ET AMPLEUR DU PROBLEME

Au cours des dix dernières années, le nombre des personnes qui s'injectent des drogues à des fins non médicales (Tableaux 1 et 2) a nettement augmenté. Aux Etats-Unis d'Amérique, on estime que 1 200 000 personnes s'injectent des drogues de façon régulière ou intermittente. En Europe, ces pratiques toucheraient entre 750 000 et 1 000 000 de personnes. A Hong Kong, en Malaisie et en Thaïlande, l'injection est devenue la principale méthode de consommation des drogues non médicales. En Thaïlande, en une seule année, plus de 40 000 toxicomanes par injection ont été traités dans le cadre de divers programmes, mais les autorités locales considèrent que ces programmes n'ont guère touché plus de 10% du nombre total de toxicomanes par injection du pays.

L'importance de ce problème pour l'infection à VIH et le SIDA est pleinement mise en lumière par le fait que, des 50 000 cas de SIDA signalés par les Etats-Unis à la fin de 1987, 25% environ étaient directement associés à la toxicomanie par injection (l'homosexualité intervenant également comme facteur de risque dans 8% des cas). Dans la région Europe, la toxicomanie par injection est actuellement à l'origine de 21% des 8 500 cas de SIDA signalés jusqu'ici à l'OMS (l'homosexualité intervenant également comme facteur de risque dans 3% des cas).

Dans les deux régions, on a constaté, parmi les toxicomanes par injection, une augmentation sensible de l'incidence de la pneumonie bactérienne, des endocardites et de la tuberculose. Ces maladies sont traditionnellement associées à la toxicomanie par injection et, actuellement, leur rapport avec le VIH n'est pas toujours reconnu. Il en résulte que les définitions actuelles de surveillance du SIDA peuvent conduire à sous-estimer la prévalence réelle de l'infection à VIH associée aux comportements de toxicomanie par injection.

L'infection par le VIH des toxicomanes par injection expose également à des risques graves leurs partenaires sexuels, qu'ils soient eux-mêmes toxicomanes ou non. Dans certaines villes d'Amérique du Nord où le taux de prévalence de l'infection par le VIH

est élevé dans les populations de toxicomanes par injection, une forte proportion des sidéens qui ont contracté l'infection à VIH par la voie hétérosexuelle en sont redevables à des relations sexuelles avec un toxicomane par injection lui-même infecté par le VIH. La transmission périnatale du VIH par une mère infectée est également de plus en plus liée à la toxicomanie par injection, qu'elle ait été pratiquée par la mère elle-même ou par son partenaire sexuel.

## 2.1 Stratégies visant à réduire le risque d'infection par le VIH parmi les toxicomanes par injection

L'ampleur du problème du VIH/SIDA, sa nouveauté et son évolution exigent un réexamen urgent des politiques et des méthodes traditionnelles de prévention et de lutte contre la toxicomanie par injection, du point de vue de leur efficacité et de leur adéquation. Bien entendu, la prévention primaire de la toxicomanie par injection reste la plus urgente, avec un traitement approprié des toxicomanes et leur réintégration dans la vie sociale et économique, mais il convient maintenant d'insister aussi sur les interventions visant à réduire le risque d'exposition à l'infection par le VIH parmi les toxicomanes par injection qui ne veulent pas ou ne peuvent pas renoncer à leurs pratiques (voir ci-après). Ces interventions devront de plus en plus intégrer, dans le cadre de programmes et de politiques de vaste portée, des approches apportant l'appui et les services des secteurs de la santé, de l'action sociale, de l'éducation, de l'emploi et des autorités judiciaires. Les toxicomanes eux-mêmes devront peut-être participer à la conception et à la mise en oeuvre des programmes d'intervention afin d'en accroître les chances de succès.

L'expérience acquise dans différentes parties du monde enseigne qu'il est possible de recourir efficacement à un certain nombre de méthodes pour réduire le risque d'infection à VIH parmi les toxicomanes par injection. Ces méthodes sont les suivantes:

### a) Programmes éducatifs extra-institutionnels visant à informer et à apporter un soutien social

Il apparaît que les interventions visant à réduire le risque voient leur efficacité accrue si on y intègre des activités visant à soutenir socialement les toxicomanes par injection et/ou leurs partenaires qui essaient de modifier leur comportement. On a constaté que les organisations d'auto-assistance sont bien accueillies, en particulier si elles sont animées par d'anciens toxicomanes ou si d'anciens toxicomanes participent à la fourniture des services que ces organisations ont pour mission d'assurer. Tel est le cas, par exemple, de la Dutch Drug Users Union, de l'Association for Drug Abuse Prevention and Treatment (ADAPT) de la ville de New York, et de l'Australian Drug Information Collective à Sydney. Ces activités, qui se déroulent à la périphérie de l'action institutionnelle et ont pour but d'héberger, de nourrir et d'apporter des soins de caractère non médical, devront de plus en plus faire partie également des autres programmes de traitement si l'on veut pouvoir attirer les sujets à haut risque que sont les toxicomanes par injection.

Dans la République fédérale d'Allemagne, en Norvège et en Suède, de très nombreux toxicomanes par injection ont également pu être atteints par des mesures de portée modeste mettant en jeu des organismes d'auto-assistance qui offrent de la nourriture, un hébergement et des conseils et qui atteignent les toxicomanes par injection dans des lieux de rencontre informels divers, tels que des cafés et des clubs.

### b) Possibilité de se procurer plus facilement des aiguilles et seringues stériles

Plusieurs initiatives visent à permettre aux toxicomanes de se procurer plus facilement du matériel d'injection stérile. Elles ont pu revêtir des formes diverses sous l'influence de facteurs juridiques et des traditions en matière des soins de santé, et

selon le terrain déjà couvert par des programmes extra-institutionnels ou les positions prises par les pouvoirs publics ou par l'opinion à l'égard de la toxicomanie et des programmes de réduction du risque qui s'y rapportent. Dans certains pays, on est parvenu à faciliter l'obtention par les intéressés de matériels d'injection stériles en libéralisant la vente au détail des aiguilles et des seringues. A l'heure actuelle, l'achat sans ordonnance d'aiguilles et de seringues est autorisé dans certaines régions des Etats-Unis, d'Europe, d'Amérique latine, d'Asie du Sud-Est et d'Afrique. Au Danemark et dans la République fédérale d'Allemagne, des distributeurs automatiques d'aiguilles et de seringues ont également été installés à titre expérimental dans certaines villes.

En outre, des programmes d'échange des aiguilles et des seringues ont été mis en oeuvre dans certaines villes d'Australie, d'Angleterre, d'Ecosse et des Pays-Bas. Ces programmes permettent aux toxicomanes d'obtenir des aiguilles et des seringues neuves, stériles, contre remise de leur matériel d'injection usagé; l'objectif est de freiner l'usage en commun des aiguilles et d'assurer l'utilisation d'un matériel d'injection stérile dans toute la mesure du possible. Les toxicomanes qui participent à la mise en oeuvre de ces programmes reçoivent des directives et des instructions rigoureuses concernant l'utilisation de ce matériel. Des conseils sont fournis sur demande.

Cependant, on n'a guère fait d'effort jusqu'ici pour évaluer systématiquement ces activités et il demeure difficile d'apprécier quel sera leur impact à long terme sur l'infection à VIH et sur les comportements de toxicomanie par injection. On peut néanmoins considérer, sur la foi des rapports initiaux concernant les programmes appliqués en Angleterre, en Ecosse et aux Pays-Bas, que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ont réussi à attirer des toxicomanes que les programmes de traitement n'avaient pas pu atteindre précédemment. Il apparaît également que l'échange des aiguilles et des seringues peut être un important support pour l'information, l'éducation et l'assistance sous forme de conseils, activités qui peuvent également jouer un rôle précieux dans la prévention d'autres maladies liées à la toxicomanie par injection. Ces opérations d'échange sont également une occasion de promouvoir les méthodes de régulation des naissances.

Les efforts déployés jusqu'ici en Angleterre, en Ecosse et aux Pays-Bas semblent montrer que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ont un pouvoir élevé de mobilisation à long terme des toxicomanes par injection. Les directives données dans le cadre du programme ont été bien suivies; par exemple, le nombre des aiguilles et des seringues usagées qui ont été retournées est presque égal au nombre des aiguilles et seringues distribuées, et il est rare que du matériel d'injection distribué gratuitement ait été transmis ou vendu à d'autres utilisateurs. Rien n'indique non plus que les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues aient accru la fréquence de la toxicomanie par injection ou réduit la demande de traitement. Il apparaît au contraire que la toxicomanie par injection et l'utilisation en commun des aiguilles et seringues ont diminué; en Angleterre et en Ecosse, l'utilisation en commun du matériel d'injection a sensiblement reculé ces deux dernières années, depuis que les opérations d'échange ont démarré. Il n'est cependant pas possible à l'heure actuelle de déterminer si ce recul est le résultat direct des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ou s'il est dû à d'autres facteurs.

c) Information sur la décontamination des aiguilles, seringues et autres matériels d'injection de drogues

Dans certains pays, en particulier aux Etats-Unis, les plans de réduction du risque d'infection à VIH ont porté plus particulièrement sur la désinfection des aiguilles et seringues. Les agents chargés des interventions fournissent aux toxicomanes par injection des solutions désinfectantes et effectuent des démonstrations à titre éducatif sur la manière de désinfecter le matériel d'injection par des méthodes simples, bon marché et facilement accessibles.

Ces initiatives ont généralement bien été reçues, mais au début elles n'ont atteint qu'un nombre minimum de sujets. L'efficacité des actions menées sur le terrain tend à être limitée par la capacité des agents à identifier les toxicomanes dans la rue ou à les rencontrer dans les lieux où ils se rendent pour se piquer. Il s'agit en outre d'un

travail qui prend énormément de temps et qui doit être confié à du personnel spécialisé connaissant à la fois les communautés de toxicomanes et le comportement des sujets concernés. Il apparaît également que les possibilités de développer un travail d'information sont limitées par l'irrégularité des contacts et la brièveté des rencontres.

d) Administration de méthadone et autres méthodes médicales et non médicales de traitement de la toxicomanie

L'administration de méthadone et les autres interventions médicales et non médicales, y compris les programmes de désintoxication, ont contribué, comme cela a été constaté, à réduire la toxicomanie par injection dans certains pays. Aux Pays-Bas, on estime que les programmes d'administration de méthadone ont touché chaque année de 50 à 60% des toxicomanes connus. Il apparaît que cette action a contribué à réduire l'utilisation en commun des aiguilles en apportant aux toxicomanes par injection un répit leur permettant d'envisager d'autres méthodes de réduire les risques pour la santé associés à cette forme de toxicomanie. Bon nombre de ces programmes, cependant, sont antérieurs à l'épidémie de SIDA; pour qu'ils puissent maintenant contribuer efficacement à diminuer le risque d'infection à VIH, il sera de plus en plus nécessaire qu'ils puissent s'appuyer sur de nouvelles initiatives visant à informer, éduquer et conseiller sur le VIH/SIDA.

Il convient également de noter que la méthadone n'est indiquée que dans les cas de dépendance aux opiacés; elle ne convient pas au traitement des sujets qui consomment d'autres drogues, ni même de ceux qui consomment des opiacés de façon intermittente. La contribution des programmes d'entretien par la méthadone à la réduction du risque d'infection à VIH et d'atteinte par le SIDA ne pourra donc être que limitée, en particulier dans les pays où la gamme des drogues consommées par injection s'élargit et où la consommation des opiacés est rare ou en diminution.

### 3. DEPISTAGE

Les services médico-sociaux de nombreux pays effectuent maintenant des examens volontaires de dépistage du VIH et sont de plus en plus accessibles aux toxicomanes par injection. Les examens de dépistage font partie de tout programme de surveillance épidémiologique et le dépistage volontaire des toxicomanes par injection peut contribuer de manière considérable aux études épidémiologiques et à l'évaluation de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH.

Par contre, il n'est pas indiqué de rendre le dépistage obligatoire pour les toxicomanes par injection ou leurs partenaires. Au mieux, le dépistage obligatoire apportera des données ponctuelles sur la prévalence, mais il risquera également de porter atteinte à la fiabilité de l'information fournie par les intéressés sur leurs modes de vie et de rendre les individus et les groupes ayant des comportements à haut risque moins enclins à coopérer aux activités de surveillance à long terme. En revanche, le dépistage volontaire, accompagné de conseils attentifs et présentés avec tact, pourra apporter certaines des données d'incidence et de prévalence nécessaires à la surveillance des tendances, tout en fournissant une occasion de discuter en vue de rechercher et d'encourager une modification des comportements.

La recherche des anticorps anti-VIH parmi les toxicomanes par injection et leurs partenaires sexuels devrait toujours être considérée de la même manière que le dépistage du VIH en général et il conviendrait d'observer toujours, à cet égard, les critères définis par l'OMS<sup>1</sup>, en particulier pour ce qui du consentement éclairé et de la confidentialité. Dans de nombreuses régions du monde, la toxicomanie par injection est

---

<sup>1</sup> Rapport de la réunion sur les critères relatifs aux programmes de dépistage du VIH, Genève, 20-21 mai 1987 (WHO/SPA/GLO/87.2).

une pratique illégale qui est punie de peines sévères; toute infraction à la confidentialité qui compromettrait le toxicomane serait de nature à dissuader d'autres toxicomanes de se présenter volontairement aux services de dépistage ou de participer à d'autres services.

#### 4. EDUCATION ET FORMATION

En vue d'atteindre les sujets en situation de risque, de nombreux programmes d'éducation et de formation font de plus en plus appel à des ressources communautaires diverses. Dans certains pays, les activités extra-institutionnelles visent à rechercher les toxicomanes par injection dans la rue et en marge des services officiels. Elles font souvent appel à d'anciens toxicomanes qui connaissent bien les modes, les attitudes et les besoins des toxicomanes par injection et qui sont capables d'inciter ces derniers à utiliser les services mis à leur disposition et de les conseiller sur la manière d'en tirer parti. On a pu montrer également que les activités d'éducation et de formation peuvent bénéficier grandement de la participation d'anciens toxicomanes à la planification et à la conception de services extra-institutionnels particulièrement adaptés au contexte général, social, culturel et juridique, où vivent les toxicomanes.

Toutes ces activités et innovations ont des implications pour la formation du personnel. L'objectif des programmes extra-institutionnels étant de réduire les comportements à haut risque et d'encourager et faciliter l'intégration des toxicomanes dans la vie économique et sociale, il faut que le personnel employé par le programme connaisse aussi bien les méthodes de réduction des risques que les moyens d'amener les toxicomanes à participer aux programmes de formation professionnelle. A cet effet, ils doivent également savoir comment mobiliser et utiliser les services sociaux, juridiques et autres qui sont disponibles mais demeurent souvent inutilisés par les groupes socialement marginalisés.

Il importe également toujours, lorsque l'on conçoit un programme d'intervention, de tenir compte du risque de transmission sexuelle du VIH parmi les toxicomanes et à partir des toxicomanes infectés. La promotion de pratiques sexuelles plus sûres, la fourniture de préservatifs et la diffusion des connaissances nécessaires à leur utilisation efficace doivent manifestement jouir d'une forte priorité dans les programmes extra-institutionnels. Il est nécessaire que les femmes qui sont exposées à un risque élevé d'infection par le VIH ou qui ont déjà été contaminées bénéficient systématiquement de conseils en matière de contraception et de régulation des naissances et aient accès aux méthodes et aux services nécessaires. Il faut également que les services de soins de santé, en particulier les cliniques prénatales, veillent à offrir des conseils spéciaux aux femmes enceintes dont on sait ou dont on suspecte qu'elles ont pratiqué la toxicomanie ou qu'elles ont eu des relations sexuelles avec des toxicomanes par injection.

Comme il a toujours été difficile d'établir des rapports avec les toxicomanes par injection en vue de les attirer vers les programmes de traitement, il faut que les interventions soient aussi attrayantes et accessibles que possible. Dans la plupart des situations, il est nécessaire qu'elles fassent partie de programmes comprenant un ensemble de services sociaux et médicaux plutôt que de relever d'initiatives séparées.

Les recherches sur l'efficacité des programmes extra-institutionnels et des programmes d'intervention n'en sont encore qu'à leurs premiers pas. Il en est même de la coordination des programmes au plan national et entre pays. Il est cependant essentiel que les activités des différentes autorités locales et nationales soient coordonnées si l'on veut mieux comprendre quels sont les facteurs et les méthodes qui permettent de réduire avec succès le risque d'infection à VIH.

L'infection à VIH et le SIDA ont imposé de nouvelles exigences au personnel des services de santé concerné par la toxicomanie par injection, en particulier au personnel qui s'occupe du traitement et des soins. Il pourra donc être nécessaire d'élaborer de nouveaux programmes de formation apportant au personnel des services de santé les connaissances nécessaires sur la réduction du risque de contamination par le VIH et les moyens de la réaliser.

La réduction du risque d'infection à VIH parmi les toxicomanes étant une préoccupation relativement nouvelle, il importe également que les enseignements tirés de la mise en oeuvre de programmes dans un même pays et dans des pays différents puissent être échangés dans la plus large mesure possible en vue de faciliter la surveillance des programmes en cours, l'analyse des progrès réalisés, l'élaboration de nouvelles approches possibles, la prise en compte de l'évolution des besoins et la recherche de possibilités d'action.

## 5. RECOMMANDATIONS

1. Etant donné l'extension croissante que prend partout dans le monde la toxicomanie par injection et vu les conséquences de ce comportement pour l'infection à VIH et le SIDA, il faut envisager, pour prévenir l'infection à VIH liée à la toxicomanie par injection, des approches nouvelles et novatrices. Vu l'urgence, ces approches nouvelles devraient concerner les types suivants d'intervention, mis en oeuvre séparément ou en combinaison:
  - a) programmes éducatifs extra-institutionnels visant à réduire le risque d'infection à VIH et de SIDA par la mise en oeuvre d'approches novatrices comprenant la participation d'anciens toxicomanes;
  - b) programmes visant à permettre de se procurer plus facilement des aiguilles et des seringues stériles, y compris les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues;
  - c) programmes d'éducation fournissant une information sur le VIH et le SIDA et des moyens de décontamination (lavage/désinfection) des aiguilles, des seringues et autres matériels d'injection;
  - d) information, éducation et offre de conseils sur des pratiques sexuelles à moindre risque, la contraception, la régulation des naissances, avec fourniture de préservatifs et de virucides appropriés.
2. Il conviendrait que tous ceux qui désirent se soumettre à un traitement puissent être pris en charge, facilement et rapidement, par les services de traitement de la toxicomanie et que ces services leur garantissent, s'ils le désirent, le caractère confidentiel du traitement, les mettant ainsi à l'abri de toute complication avec la loi.
3. S'il existe des services de traitement, il convient de voir s'ils sont aptes à s'occuper de la prévention du VIH et, si nécessaire, il importe de trouver les moyens:
  - a) d'élargir la gamme des traitements qu'ils assurent, afin d'y inclure des combinaisons de traitement médicaux et non médicaux;
  - b) de fournir ces services par une action extra-institutionnelle novatrice afin d'accroître leur accessibilité et leur acceptabilité.
4. Les modalités de traitement destinées à encourager les intéressés à s'abstenir de consommer de la drogue, réduisant ainsi le risque d'infection à VIH, doivent faire partie de toute stratégie globale. A cet égard, il convient de prendre en considération l'utilité, pour les toxicomanes dépendants aux opiacés, de programmes d'entretien à la méthadone.
5. Tous les programmes relatifs à la toxicomanie doivent accorder une priorité à la formation du personnel de désintoxication, afin notamment d'améliorer leur capacité de donner des conseils pour encourager l'adoption de pratiques sexuelles plus sûres et pour promouvoir l'utilisation des préservatifs et des virucides ainsi que celle des techniques de régulation des naissances. De tels programmes de formation seront spécialement utiles pour le personnel qui n'a pas encore eu à faire face aux problèmes liés au VIH.
6. L'information, l'éducation et l'offre de conseils sur la prévention de la transmission du VIH et la réduction du risque de transmission doivent faire partie intégrante de tous les programmes d'intervention relatifs à la toxicomanie, même dans les

pays où l'infection à VIH et le SIDA ne constituent pas encore un problème majeur de santé publique. Le personnel des programmes dans ces pays devrait être informé de l'épidémiologie de la toxicomanie par injection et de l'infection à VIH, ainsi que des besoins des toxicomanes par injection.

7. Les activités d'information, d'éducation et de conseils concernant la réduction du risque d'infection par le VIH associé à la toxicomanie par injection devraient s'appuyer sur les services existants de santé, d'aide sociale et d'éducation, ainsi que sur les services spécialement créés pour lutter contre la toxicomanie. Ces autres services peuvent, dans certaines circonstances, être un bon moyen d'atteindre les toxicomanes par injection et fournir une plate-forme valable pour des approches préventives.

8. Dans toute la mesure appropriée et autant que possible, les toxicomanes par injection, les anciens toxicomanes par injection et leurs partenaires sexuels devraient être amenés à participer à la planification et à la mise en oeuvre des programmes extra-institutionnels, ainsi qu'aux activités d'information et d'éducation. Ils devraient également être amenés à participer à la mise au courant des agents afin que ceux-ci puissent mieux comprendre les besoins des toxicomanes par injection.

9. Toutes les initiatives concernant le dépistage des anticorps anti-VIH devraient être conformes aux critères définis par l'OMS concernant le dépistage<sup>1</sup> et tenir compte des caractéristiques et des besoins spéciaux des toxicomanes par injection en matière sociale, juridique et économique. Le dépistage obligatoire ne se justifie pas. Il rendrait plus difficile la communication avec les toxicomanes et réduirait le nombre de ceux qui sont disposés à se prêter volontairement à un traitement ou à s'informer sur les moyens de réduire le risque d'infection.

10. Pour que les stratégies de réduction du risque de l'infection à VIH parmi les toxicomanes par injection puissent être mises en oeuvre avec succès, il conviendrait de pouvoir disposer, systématiquement et à long terme, des ressources nécessaires à des programmes de vaste portée. Les institutions qui soignent les toxicomanes par injection infectés par le VIH devraient bénéficier de ressources leur permettant de soutenir le poids actuel de leur mission ou son alourdissement prévisible, en particulier là où la prévalence du VIH est élevée.

11. Un effort de recherche accru est nécessaire en ce qui concerne:

- a) les facteurs sociaux et comportementaux qui influent sur la toxicomanie par injection, l'utilisation en commun des aiguilles et la mesure dans laquelle les toxicomanes par injection sont disposés à participer à la mise en oeuvre de programmes de réduction du risque;
- b) les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en oeuvre des programmes de réduction du risque;
- c) l'impact du dépistage du VIH sur le comportement des toxicomanes par injection et leur perception du risque.

12. Partout où c'est possible, la gestion des programmes devrait systématiquement comporter la surveillance et l'évaluation des interventions en cours visant à réduire la transmission du VIH due à la toxicomanie par injection. Dans toute la mesure du possible, les systèmes globaux de surveillance et d'évaluation devraient suivre des protocoles communs et concerner essentiellement les facteurs qui influent sur l'efficacité des différentes interventions à l'égard du comportement de toxicomanie par injection.

---

<sup>1</sup> Dépistage et examens à pratiquer dans le cadre des programmes de lutte contre le SIDA, OMS, janvier 1988.

## LISTE DES PARTICIPANTS

Dr D. Black, Department of Health and Social Security, Alexander Fleming House, London SE1 6BY, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Dr J.-P. Brunet, Centre collaborateur OMS pour le SIDA, Hôpital Claude Bernard, F-75944 Paris Cedex 19, France

Dr E. Buning, Service de la santé mentale, NL-1000 HE Amsterdam, Pays-Bas

Dr Y. Camprubi, Directeur, Plan gouvernemental national de lutte contre la toxicomanie, 28014 Madrid, Espagne

Dr J. Cann, Chief Medical Officer, Department of Health, Hamilton, Bermuda

Dr S. Charas, Doyen, Faculté de médecine, Université Chulalongkor, Bangkok, Thaïlande

Dr (Mrs) G.Y. Chin, c/o Mr S. Chida, The WHO Representative, Singapore 9122, Singapore

Dr A.J. Clayton, Director-General, Laboratory Centre for Disease Control, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0L2

Dr R.A. Coutinho, Nieuweachtergracht 100, NL-1000 HE Amsterdam, Pays-Bas

Prof. V. Cucic, Municipalité de Belgrade, Commission de la Santé, Belgrade, Yougoslavie

Dr D.C. Des Jarlais, New York State Division of Substance Abuse Services, New York, New York 10027, United States of America

Dr S. Friedman, New York State Division of Substance Abuse Services, New York, New York 10027, United States of America

Dr B. Harris, Chief, Psychiatric Department, John F. Kennedy Medical Centre, c/o Dr D.L. Tembo, The WHO Representative, Monrovia, Liberia

Dr W. Heckman, Délégué à la lutte contre la toxicomanie du Land de Berlin, AM Karlsbad 8-10, 1000 Berlin (West) 30, République fédérale d'Allemagne

Dr H. Lundborg, Coordonnateur, Lutte contre la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Questions sociales, S-10333, Stockholm, Suède

Dr M. Malliori, Athènes 11742, Grèce

Dr J. Martin, Médecin cantonal, Faculté de Médecine, Service de la Santé publique et de la Planification sanitaire, CH-1014 Lausanne, Suisse

Dr S. Nagaya, Directeur adjoint de la Lutte contre les maladies infectieuses, Ministère de la Santé et du Bien-être social, Tokyo, Japon

Dr G.O. Hall, Directeur, Centre national d'information CONSIDA, Colonia Roma, 06700 Mexico D.F., Mexique

Dr L.N. Pushkar, Chef du Laboratoire central pour le contrôle et la normalisation des dérivés sanguins, Institut central de recherche en hématologie et transfusion sanguine, Moscou, URSS

Annexe 1

Dr G. Rezza, Ministère de la Santé, Département de médecine sociale, I-00144 Rome, Italie

Dr C. Sohlberg, Commission de la Santé d'Oslo, Département de la prévention du SIDA, 0165 Oslo, Norvège

Dr G. Stimson, Department of Sociology, Goldsmith College, University of London, London, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

r M. Watson, Coordinator, Drug Referral and Information Centre, Canberra 2601, Australia

OBSERVATEURS

Dr J. François, Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, 75700 Paris, France

Dr H. Miller, National Academy of Sciences, Washington, D.C., United States of America

Prof. R. Olin, Département de Médecine sociale, Institut Karolinska, 17283 Sundbyberg, Suède

Dr R. Pickens, National Institute on Drug Abuse (NIDA), Rockville, Maryland 20857, United States of America

Dr B. Primm, Official Representative of the United States Commission on AIDS/The People to People Health Foundation Inc., The Hope Center, Millwood, Virginia 22646, United States of America

Dr J. Rankin, Head of Medicine, Clinical Institute of the Canadian Addiction Research Foundation, Ottawa, Ontario, Canada

Dr A. Serfaty, AIDES, Paris, France

SECRETARIAT DE L'OMS

Dr J. Mann, Directeur, Programme spécial SIDA (GPA)

Dr M. Carballo, Chef, Unité de la Recherche sociale et comportementale, Programme spécial SIDA

Dr R. Danziger, Unité de la Recherche sociale et comportementale, Programme spécial SIDA

Dr Eyakuze, Représentant du Bureau OMS pour la région Afrique, Bujumbura, Burundi

M. C. Goos, Bureau OMS pour la Région Europe, DK-2100, Copenhague, Danemark

M. M. Grant, Division de la Santé mentale

Dr N. Sartorius, Directeur, Division de la Santé mentale

Dr N. Wig, Conseiller régional MNH, Bureau OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie 21511, Egypte

TABEAU 1. ESTIMATION DU NOMBRE DES TOXICOMANES PAR INJECTION (TI), PAR PAYS

<u>Pays</u>	<u>Nombre estimatif de TI</u>	<u>Date et source de l'estimation</u>
Allemagne (R.F.)	50 000 - 100 000	1986, Hôpital Claude Bernard, Paris (Centre collaborateur OMS)
Australie*	300 000	1987, Market Research
Canada*	25 000 - 50 000	1987
Espagne	100 000	1986, Hôpital Claude Bernard, Paris (Centre collaborateur OMS)
Etats-Unis	1,5 million	1986, United States Public Health Service
France	60 000 - 100 000	1986, Hôpital Claude Bernard, Paris (Centre collaborateur OMS)
Grèce	25 000	1986, Hôpital Claude Bernard, Paris (Centre collaborateur OMS)
Italie	130 000 - 170 000	Conseil national de la recherche, Pise
Norvège	3 000 - 4 000	1987, Office consultatif national des stupéfiants
Pays-Bas	8 000	1986, Hôpital Claude Bernard, Paris (Centre collaborateur OMS)
Royaume-Uni*	36 000 - 72 000	1986
Singapour*	5-6 cas nouveaux p.a.	
Thaïlande	60 000 - 80 000	1986, Fichier national des toxicomanes en traitement
Yougoslavie	15 000	1986, Centres de traitement et services de la police et des douanes

\* Données communiquées par un participant.

Etant donné le caractère clandestin et fréquemment illégal de la toxicomanie par injection, ces chiffres, principalement tirés des rapports fournis par les programmes de traitement, sous-estiment vraisemblablement la portée réelle du problème.

TABLEAU 2. TOTAL CUMULATIF DES CAS DE SIDA PARMIS LES TOXICOMANES  
PAR INJECTION, PAR PAYS, EN 1987

<u>Pays</u>	<u>Cas de SIDA liés à la toxicomanie par injection</u> (nombre)	(pourcentage du total)
Allemagne (R.F.)	111 (+ 18 cas avec comportement homosexuel)	8 (+1% cas avec comportement homosexuel)
Australie*	25 <sup>1</sup>	3,7
Bermudes*	44 <sup>1</sup>	63
Canada*	9 (+ 42 cas avec comportement homosexuel)	0,6 (+35% cas avec comportement homosexuel)
Espagne*	453	57,4
Etats-Unis d'Amérique***	4760 (+ 2 188 cas avec comportement homosexuel)	17 (+8% cas avec comportement homosexuel)
France**	267 (+ 74 cas avec comportement homosexuel)	11 (+3% cas avec comportement homosexuel)
Grèce**	1 (+1 cas avec comportement homosexuel)	1 (+1% cas avec comportement homosexuel)
Italie*	871 (+51 cas avec comportement homosexuel)	64 (+4% cas avec comportement homosexuel)
Japon*	Aucun cas signalé	
Libéria*	Aucun cas signalé	
Mexique*	7 <sup>1</sup>	0,5
Norvège*	4 <sup>1</sup>	2,8
Pays-Bas*	16 (+5 cas avec comportement homosexuel)	3,8 (+1,2% cas avec comportement homosexuel)
Royaume-Uni*	19 (+ 19 cas avec comportement homosexuel)	2 (+2% cas avec comportement homosexuel)
Singapour*	Aucun cas signalé	
Suède*	Aucun cas signalé	
Yougoslavie*	7 <sup>1</sup>	33

\* Données communiquées par les représentants nationaux à la réunion.

\*\* Hôpital Claude Bernard, Paris (Centre collaborateur OMS).

\*\*\* Des Jarlais, D. et Friedman, S. HIV infection among intravenous drug injectors: epidemiology and risk reduction. AIDS 1987 1:67-76 (1987).

<sup>1</sup> Autre facteur de risque possible.