

55721
WHO/GPA/RID/PRS/95.1
Original: Anglais
Distr.: Générale
E: J4740

PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

PREVENTION DU VIH CHEZ LES TOXICOMANES PAR INJECTION

PLANIFICATION ET COORDINATION
D'UNE STRATEGIE DE PREVENTION DU VIH

GUIDE A L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS
DE PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

© Organisation mondiale de la Santé 1995.

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 les auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

TABLE DES MATIERES

	Page
RAISON D'ÊTRE DE CE GUIDE	1
1. Responsabilités de l'administrateur du programme de lutte contre le SIDA	1
GENERALITES.....	2
1. Toxicomanie par injection et infection à VIH	2
2. La toxicomanie par injection dans différentes parties du monde	3
3. Modes de consommation et d'injection de la drogue.....	4
4. Activités de prévention du VIH	6
5. Toxicomanie par injection et plans nationaux de lutte contre le SIDA	7
PLANIFICATION ET COORDINATION D'UNE STRATEGIE DE PREVENTION DU VIH POUR LES TOXICOMANES PAR INJECTION ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS: RESUME DES ACTIVITES	8
ETAPE 1: ANALYSE PRELIMINAIRE DE LA SITUATION.....	9
1. Collecte d'informations pour l'analyse de la situation.....	9
<i>Sources d'information</i>	11
<i>La façon de procéder</i>	12
<i>Combien faut-il d'informations pour l'analyse préliminaire de la situation nationale?</i>	13
ETAPE 2: PLANIFICATION D'UNE STRATEGIE DE PREVENTION DU VIH	13
1. Détermination des lieux possibles des interventions, des groupes cibles et des problèmes à traiter	13
2. Sélection d'une gamme d'interventions possibles contre le VIH en fonction des problèmes mis en évidence	14
3. Recensement des ressources disponibles	16
<i>A quelles organisations faut-il faire appel?</i>	16
<i>Contact avec des travailleurs d'autres pays</i>	17
<i>Moyens de financement</i>	17

ETAPE 3: COORDINATION DE L'ELABORATION ET DE LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE DE PREVENTION DU VIH.....	17
1. Recrutement et encadrement des administrateurs de terrain.....	18
<i>Cibles</i>	19
<i>Systèmes d'information et surveillance</i>	20
2. Orientation et supervision du déroulement de la stratégie	20

RAISON D'ÊTRE DE CE GUIDE

Ce guide a pour but d'aider les administrateurs de programme à évaluer le risque de propagation de l'infection à VIH dû à l'injection de drogue et à concevoir une stratégie de prévention de cette infection chez les consommateurs ou consommateurs potentiels de drogue par injection. L'ampleur et les caractéristiques de cette stratégie dépendront de l'importance prise par la toxicomanie par injection ou du risque d'extension de cette forme de toxicomanie. Le cas échéant, des activités de prévention du VIH à l'intention des toxicomanes par injection devraient être prévues dans les plans nationaux de lutte contre le SIDA.

Le guide est conçu pour faciliter la réalisation des trois principales étapes correspondant à la planification et la coordination d'une stratégie d'intervention visant à maîtriser la propagation de l'infection à VIH due à l'injection de drogue:

- Etape 1. **Analyse préliminaire de la situation**, afin de déterminer l'existence d'un risque ou risque potentiel de transmission du VIH dû à l'injection de drogue.
- Etape 2. **Planification d'une stratégie de prévention du VIH**, avec détermination des lieux possibles des interventions, des groupes cibles et des problèmes à traiter, définition d'une gamme d'interventions possibles en fonction des problèmes mis en évidence et recensement des ressources disponibles pour ces interventions.
- Etape 3. **Coordination de l'élaboration et de la mise en oeuvre de la stratégie** – recrutement et encadrement des administrateurs de terrain qui seront chargés de planifier et diriger les interventions sur le plan local, de fixer des cibles pour évaluer les résultats ainsi que d'orienter et de superviser le déroulement de la stratégie.

Le présent guide est complété par un Guide pour la mise en oeuvre des interventions locales qui donne plus de détails sur la façon d'évaluer la consommation locale de drogues et de sélectionner ou de concevoir des activités locales précises ainsi que de les mettre en oeuvre et de les suivre en permanence.

1. RESPONSABILITES DE L'ADMINISTRATEUR DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA

L'administrateur d'un programme de lutte contre le SIDA est normalement chargé d'évaluer les problèmes liés au SIDA aux niveaux du pays, de la province ou de l'Etat ainsi que de garantir l'adoption de décisions stratégiques concernant la prévention du VIH et les ressources nécessaires à cet effet. La planification et la réalisation d'interventions de lutte contre le VIH au niveau local incomberont normalement à l'administrateur local (voir le Guide pour la mise en oeuvre des interventions locales).

GENERALITES

1. TOXICOMANIE PAR INJECTION ET INFECTION A VIH

La pandémie mondiale de SIDA est un agrégat de micro-épidémies en termes de temps, de géographie et de population. Les interventions destinées à combattre les comportements à haut risque, l'injection de drogue par exemple, sont importantes dans une stratégie globale de la prévention: même si la population à risque paraît parfois peu nombreuse, son rôle dans l'épidémie peut être important.

Lorsque le virus est présent chez certains toxicomanes par injection et qu'il y a échange du matériel d'injection non stérilisé (aiguilles, seringues et autres accessoires, y compris par exemple les capsules de flacon utilisées pour chauffer la drogue, ou le coton hydrophile servant de filtre), l'infection à VIH peut se propager de façon vraiment très rapide. A Milan, Edimbourg et New York, la prévalence de cette infection (c'est-à-dire le pourcentage d'individus infectés par le virus) parmi les toxicomanes par injection a augmenté très rapidement puisque 50% ou plus de cette population a été infectée en quelques années à compter de la première apparition du virus.

Cette propagation explosive au sein de populations de toxicomanes par voie intraveineuse s'est reproduite ailleurs. A Bangkok, la prévalence a fait un bond de plus de 40% en quelques mois au début de 1987, probablement à la suite d'une flambée de l'infection dans le monde carcéral. A Manipur, dans la campagne indienne, plus de 50% des toxicomanes qui s'injectent de la drogue sont maintenant positifs pour le VIH et des taux d'infection élevés ont été relevés dans tous les Etats voisins.

On a maintenant recensé des cas d'infection à VIH associés à l'injection de drogue dans toutes les régions du monde, même lorsque les profils de développement économique et politique étaient très différents et que des ressources existaient pour la prévention et le traitement. Les pays touchés sont aussi disparates que le Brésil, Bahreïn, le Canada, la Chine, l'Espagne, la Malaisie, le Nigéria, la Thaïlande et le Viet Nam.

Dans les pays développés, les consommateurs de drogue par injection viennent au deuxième rang des populations les plus touchées par le SIDA; en certains endroits, c'est parmi eux que le nombre de cas augmente le plus vite. Dans plusieurs pays, l'injection de drogue est le principal facteur de propagation de l'infection à VIH. Faute de mesures de prévention appropriées, celle-ci peut continuer à se propager rapidement parmi les toxicomanes qui s'injectent de la drogue. Etant donné le rôle de la toxicomanie par injection dans la transmission du virus, non seulement parmi les toxicomanes mais aussi dans le reste de la population, il est absolument indispensable de mettre au point des stratégies de prévention du VIH spécifiquement destinées à ce groupe de population.

2. LA TOXICOMANIE PAR INJECTION DANS DIFFERENTES PARTIES DU MONDE

C'est aux Etats-Unis et au Canada que la pratique de l'injection est la plus ancienne puisqu'elle remonte au XIX^e siècle; l'injection par voie intraveineuse est apparue vers la fin des années 20 et s'est développée dans les années 30. L'Institut national de la Toxicomanie évalue à plus de 700 000 au bas mot le nombre de consommateurs de drogue par injection aux Etats-Unis d'Amérique en 1990. Les prévalences sont particulièrement élevées dans certaines localités: dans le Bronx, faubourg de la ville de New York, 17% des hommes âgés de 25 à 44 ans s'injecteraient de la drogue et, dans ce groupe d'âge, 5 à 13% de la population du Bronx serait séropositive.

En Europe et en Australie, la toxicomanie par injection a commencé à se répandre vers la fin des années 60. En Europe, elle est d'abord apparue parmi de petits groupes d'artistes (par exemple, des musiciens de jazz) et s'est rapidement étendue à d'autres groupes de population dans les premières années 70, avec l'apparition d'un marché illégal de l'héroïne en provenance de l'Asie du Sud-Est. Dans les années 80, ce sont des populations plus pauvres et plus défavorisées qui se sont mises à fumer ou à s'injecter de l'héroïne. On constate le même mode de diffusion – à partir d'une classe moyenne qui innove avant de gagner des groupes plus pauvres – dans d'autres parties du monde.

La toxicomanie par injection continue de faire de nouvelles recrues en Europe, en Australie et en Amérique du Nord. De surcroît, de nouveaux types d'injection se développent également: par exemple, l'injection occasionnelle d'amphétamines risque de se généraliser autant que l'injection d'héroïne dans certains pays. La toxicomanie par injection va probablement s'étendre à de nouvelles régions et de nouveaux groupes sociaux, par exemple en Europe de l'Est et dans l'ex-Union soviétique. Le Royaume-Uni compterait plus de 75 000 consommateurs de drogue par injection, l'Italie et la Pologne 100 000 chacune.

En Asie, l'injection d'héroïne se pratique à Hong Kong depuis les années 50; celle d'amphétamines, qui était une pratique courante au Japon entre 1946 et 1956, persiste encore aujourd'hui mais dans de moindres proportions. En Thaïlande, l'injection d'héroïne a fortement augmenté dans les premières années 60 et cette augmentation s'est accélérée entre 1967 et 1975. La toxicomanie par injection est une pratique apparue il y a peu de temps dans de nombreux pays d'Asie: au milieu des années 80 seulement à Myanmar, au Sri Lanka, au Viet Nam, en Inde, en Chine méridionale, au Laos, en Malaisie et au Népal.

En Amérique du Sud, des cas d'injection de cocaïne ont été signalés en Argentine, au Brésil (en particulier à Rio de Janeiro et à Santos) et au Venezuela, et dans une moindre mesure, au Chili et au Paraguay. Dans les Caraïbes et en Amérique centrale, un certain nombre de pays dont la République dominicaine et le Honduras font état d'une certaine toxicomanie par injection. A Puerto Rico (où le taux d'infection à VIH est élevé), cette toxicomanie est en rapport avec les populations de consommateurs de drogue de New York.

La toxicomanie par injection paraît peu fréquente dans les pays africains, mais des cas ont été signalés récemment en Afrique du Sud, au Nigéria, au Sénégal et en Tunisie. A Maurice, la consommation d'héroïne a fortement augmenté dans les années 80, dès lors que l'île a servi de pays de transit de la drogue.

La toxicomanie par injection gagne maintenant des pays pauvres pour la plupart, qui se trouvent soit dans des zones de production de la drogue, soit sur des itinéraires de transit.

3. MODES DE CONSOMMATION ET D'INJECTION DE LA DROGUE

La toxicomanie par injection se rencontre dans toutes les classes sociales, encore qu'elle soit dans certains pays davantage associée aux milieux socialement défavorisés. C'est un phénomène que l'on constate aussi bien dans les villes que dans les campagnes.

Les consommateurs de drogue par injection vivent souvent dans des conditions sociales médiocres, mais ce n'est pas, et de loin, toujours le cas. Aux Etats-Unis d'Amérique, on constate une corrélation entre la médiocrité du revenu et du lieu de résidence, d'une part, l'infection à VIH et le SIDA, d'autre part, et dans les zones à forte séropositivité (par exemple, le sud du Bronx à New York), les autres problèmes sociaux tels que de mauvaises conditions de logement, le chômage et l'absence des services sociaux et sanitaires sont également fréquents.

A Chicago et New York, de nombreux consommateurs de drogue par injection sont des SDF ou vivent dans des logements précaires, et les SDF qui s'injectent de la drogue présentent plus fréquemment des comportements qui les exposent à un risque d'infection à VIH.

Dans de nombreux pays, la principale drogue injectée est l'héroïne, mais d'autres le sont parfois également, notamment la cocaïne, les amphétamines, les tranquillisants et les barbituriques. Certaines sont fabriquées illégalement, mais d'autres sont des produits pharmaceutiques fabriqués de façon tout-à-fait légitime et qu'il est possible d'obtenir légalement auprès des médecins ou illégalement auprès d'autres toxicomanes.

A Madras, de nombreux drogués s'injectent de la buprénorphine, obtenue en ampoules, sur ordonnance délivrée par des médecins locaux.

Le mode de consommation de la drogue peut évoluer avec le temps en fonction des modifications de législation antidrogue, des déplacements des lieux de production des drogues illicites, des changements dans l'établissement des ordonnances, de l'apparition de nouvelles drogues et de l'évolution de la consommation locale de la drogue.

En Thaïlande, la consommation de drogue a évolué et la population toxicomane a fumé de l'opium, puis fumé de l'héroïne avant de se l'injecter. Les Thaïs qui s'injectent de l'héroïne ne changent généralement pas de drogue.

La drogue peut être injectée au moyen de seringues médicales (à insuline ou autre seringue à usage unique en plastique, ou seringues réutilisables) ou encore d'une panoplie de matériels improvisés tels que les compte-gouttes pour les yeux, ou les tubes en plastique dotés d'une aiguille. Dans une prison, des toxicomanes par injection ont fabriqué des seringues de fortune avec des stylos-bille.

Ceux qui s'injectent de la drogue s'échangent souvent leur matériel d'injection, soit parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement (par exemple en l'absence de matériel nouveau ou propre), soit parce que c'est la coutume. Lorsque les seringues ou autres matériels sont utilisés pour s'injecter de la drogue, il reste souvent de petites quantités de sang dans l'instrument utilisé. Cela se produit en particulier lorsque les drogués ont l'habitude d'aspirer du sang dans la seringue pendant l'injection. Si le sang contient du VIH, celui qui utilisera ensuite la seringue sera probablement infecté par le virus. Le transfert de sang en cas de partage de seringues est un moyen extrêmement efficace de transmission de l'infection à VIH et d'autres maladies véhiculées par le sang, par exemple l'hépatite B ou C et le paludisme.

Les toutes premières épidémies dues à l'échange de seringues entre toxicomanes ont été relevées en Egypte en 1928 et à New York en 1932, lorsque des poussées de paludisme ont provoqué de nombreux décès parmi les consommateurs de drogue par injection.

La toxicomanie par injection est très souvent à l'origine d'une transmission du VIH. *Il faut mettre en place une stratégie de prévention du VIH même lorsque la présence du virus n'a pas encore été décelée sur le plan local.* Cela est important car la propagation de l'infection à VIH parmi les toxicomanes par injection prend beaucoup moins de temps qu'il n'en faut pour mettre en place des mesures de prévention.

Dans certains pays, la toxicomanie par injection est encore peu courante. Toutefois, l'évolution des modes de consommation de la drogue peut accroître l'attrait de cette forme de toxicomanie pour certains. Par exemple, de nombreuses villes situées sur les itinéraires empruntés pour le trafic de la drogue se voient rapidement confrontées à un problème de drogue local.

Maurice dans l'Océan Indien et Malte dans la Méditerranée sont de petites îles utilisées pour le transbordement de l'héroïne provenant d'Asie et expédiée à destination de l'Europe et des Etats-Unis. L'une comme l'autre n'ont pas tardé à constater l'apparition sur place d'une toxicomanie.

Lorsqu'il n'existe pas encore de toxicomanie par injection, il est important de mettre en place des interventions destinées à en décourager l'apparition.

Les activités de prévention du VIH doivent donc être axées à la fois sur les consommateurs et consommateurs potentiels de drogue par injection. Le programme national de lutte contre le SIDA doit comprendre des activités qui aident les premiers à réduire les risques d'infection à VIH auxquels ils s'exposent et/ou à cesser de s'injecter de la drogue et qui dissuadent les consommateurs potentiels de même que la population en général de s'adonner à cette pratique.

4. ACTIVITES DE PREVENTION DU VIH

Toute une panoplie de mesures ont été mises en place pour tenter de réduire ou de limiter la propagation de l'infection à VIH due à la toxicomanie par injection ou à la contamination par les consommateurs de drogue par injection de leurs partenaires sexuels.

Ces mesures ont pour objectifs:

- a) d'encourager l'adoption de pratiques d'injection de la drogue et de comportements sexuels moins risqués chez les toxicomanes par injection, afin de réduire le risque de transmission du VIH dû à l'injection de la drogue ou aux comportements sexuels;
- b) de décourager la consommation de drogue par injection.

Chacun sait qu'il faut, sur le plan de la santé publique, organiser des interventions en faveur des toxicomanes qui s'injectent de la drogue et qui ne peuvent pas ou ne veulent pas renoncer à leurs pratiques. Ces interventions les aident à modifier leur comportement afin de réduire le risque d'infection par le VIH, pour eux et pour les autres. L'objectif est de les aider à éviter de s'échanger des seringues, à désinfecter les seringues lorsque cet échange ne peut être évité et à utiliser des préservatifs en cas de rapports sexuels avec pénétration. Pour préserver la santé publique, il importe de décourager la consommation de drogue en général, et la toxicomanie par injection en particulier.

Les activités de prévention du VIH doivent conduire à:

- a) l'établissement de contacts avec les populations cibles (en créant des services et des programmes au sein de la communauté et en rendant les services plus attractifs);
- b) la mise en place d'interventions acceptables pour ceux qui s'injectent ou pourraient s'injecter de la drogue.

Il s'est révélé à l'usage dans de nombreux pays qu'il est possible de travailler avec cette partie de la population souvent cachée et difficile à atteindre afin de réduire le risque de transmission du VIH. Pour cela, il faut gagner sa confiance en lui proposant des services ou

en créant des programmes de vulgarisation qui répondent aux besoins ressentis par l'individu ou le groupe visé.

Il est tout à fait évident qu'il est possible d'aider les toxicomanes qui s'injectent de la drogue à modifier leur comportement afin de réduire le risque d'infection par le VIH auquel ils s'exposent et ils exposent autrui. Cela dit, on ne peut les obliger à changer de comportement, et des mesures de coercition pourraient les marginaliser encore davantage. Il faut que les interventions soient mises en place avec l'appui des groupes cibles.

De nombreuses interventions ont été organisées rapidement pour faire face à des situations d'urgence, en cas d'épidémie ou de menace d'épidémie. En voici quelques exemples:

- moyens de grande information et distribution subventionnée – campagnes nationales et locales d'information;
- moyens d'information locaux et publicité;
- information, éducation et conseils – fourniture d'avis, d'informations et de conseils sur les comportements à risque et les stratégies de protection;
- fourniture de préservatifs aux toxicomanes;
- plus grande possibilité d'accès aux aiguilles et aux seringues;
- désinfection des seringues – fourniture d'informations sur la désinfection des seringues et fourniture de produits désinfectants appropriés;
- programmes de vulgarisation;
- traitement de la toxicomanie – amélioration de l'accès au traitement des problèmes de toxicomanie et efficacité de ces traitements.

On a la preuve que beaucoup de ces interventions, seules ou en combinaison, peuvent aider les toxicomanes qui s'injectent de la drogue à modifier leur comportement et à réduire le risque d'infection par le VIH, pour eux et pour leurs partenaires sexuels.

5. TOXICOMANIE PAR INJECTION ET PLANS NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Étant donné le risque de propagation rapide de l'infection à VIH chez les toxicomanes par injection, il importe au plus haut point d'intégrer la prévention du VIH à leur intention dans les plans nationaux de lutte contre le SIDA. Ces plans doivent tenir compte de leurs besoins, comme de ceux avec qui ils ont affaire, y compris leurs partenaires sexuels.

Dans les pays où la toxicomanie par injection n'est pas courante, les plans nationaux de lutte contre le SIDA doivent prendre en compte la possibilité que cette forme de toxicomanie en vienne à poser un jour ou l'autre un problème. Il s'est révélé à l'usage, partout dans le monde, que la consommation de drogue, y compris par injection, est un phénomène social dynamique susceptible d'évoluer rapidement.

PLANIFICATION ET COORDINATION D'UNE STRATEGIE DE PREVENTION DU VIH POUR LES TOXICOMANES PAR INJECTION ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS: RESUME DES ACTIVITES

La planification et la coordination d'une stratégie de prévention du VIH pour les toxicomanes par injection comportent trois étapes. Les administrateurs de programme devront:

Entreprendre une analyse préliminaire de la situation (Etape 1)

Ils réuniront des informations auprès de diverses sources afin de déterminer l'existence d'un risque ou risque potentiel d'infection par le VIH dû à la toxicomanie par injection dans le pays.

Si l'analyse révèle qu'il existe bel et bien une toxicomanie par injection ou que celle-ci risque d'apparaître, les administrateurs de programme devront:

Planifier une stratégie de prévention du VIH (Etape 2)

A cet effet, ils:

- détermineront les lieux possibles des interventions, les groupes cibles et les problèmes à traiter;
- définiront une gamme d'interventions potentielles en fonction des problèmes mis en évidence; et
- recenseront les ressources disponibles (institutions, personnel et moyens de financement) pour mener à bien la stratégie de prévention du VIH.

Les administrateurs de programme devront alors:

Coordonner l'élaboration et la mise en oeuvre de la stratégie de prévention du VIH (Etape 3)

A cet effet, ils:

- recruteront, encadreront et/ou soutiendront les responsables de la planification et de la réalisation d'interventions locales contre le VIH; et
- orienteront et superviseront le déroulement de la stratégie.

ETAPE 1: ANALYSE PRELIMINAIRE DE LA SITUATION

Pour planifier une stratégie de prévention du VIH, les administrateurs de programme établiront s'il est nécessaire de procéder à une analyse de la situation au niveau local. Il leur faudra pour cela étudier les informations disponibles en provenance de sources diverses afin de déterminer l'existence d'un risque ou risque potentiel d'infection par le VIH dû à la toxicomanie par injection dans le pays. Au niveau local, cette analyse de la situation sera réalisée par les administrateurs de terrain (voir le Guide pour la mise en oeuvre des interventions locales), et les administrateurs de programme réaliseront une évaluation préliminaire au niveau national. Ils devront à cet effet considérer:

- l'importance et les lieux/cadre de la consommation de la drogue et de la toxicomanie par injection;
- l'ampleur de l'infection à VIH, de l'hépatite et des MST chez les consommateurs de drogue, y compris les toxicomanes par injection; et
- les facteurs qui freinent ou facilitent éventuellement la prévention du VIH en faveur des toxicomanes par injection.

1. COLLECTE D'INFORMATIONS POUR L'ANALYSE DE LA SITUATION

Une analyse préliminaire complète de la situation réalisée à titre d'information pour la planification d'une stratégie de prévention du VIH exige une évaluation des trois éléments clés suivants:

- a) *Importance et lieux/cadre de la consommation de la drogue et de la toxicomanie par injection?*

De façon plus précise, il faut se poser les questions suivantes:

- La toxicomanie par injection est-elle pratiquée dans une partie ou l'autre du pays; si tel est le cas, quelle en est l'ampleur?
- Certaines des drogues consommées mais non injectées (fumées, par exemple) pourraient-elles être injectées? Par exemple, l'héroïne est-elle fumée, la cocaïne est-elle inhalée, y a-t-il consommation de tranquillisants ou de méthaqualone?

Au Pakistan, l'héroïne est fumée, et rien ou presque n'indique qu'elle est injectée. Par contre, il est fréquent que des médecins injectent des médicaments à leurs patients et, si la pratique de l'injection est culturellement acceptée, elle pourrait être adoptée par les toxicomanes.

- S'il n'y a pratiquement aucun signe de consommation ou d'injection de drogue au moment considéré, y a-t-il des risques que des drogues susceptibles d'être injectées soient disponibles ou le deviennent? Y a-t-il des signes de transit de la drogue à travers une région ou une autre du pays? Si tel est le cas, la consommation locale de drogue va probablement augmenter.

L'héroïne achetée en Asie du Sud-Est transite souvent de façon illégale par le Nigéria pour être expédiée en Europe et en Amérique du Nord. Le Nigéria se trouve maintenant aux prises avec un problème de consommation locale d'héroïne.

- b) *Quelle est l'ampleur de l'infection à VIH, de l'hépatite et des MST chez les consommateurs de drogue et les toxicomanes par injection?*

Les questions à considérer sont notamment les suivantes:

- Quelles sont les informations disponibles concernant les niveaux d'infection à VIH, d'hépatite B ou C et de maladies sexuellement transmissibles (MST) parmi les consommateurs de drogue par injection?
 - Quelles sont les tests disponibles et quel est leur champ d'application dans le pays?
- c) *Quels sont les facteurs qui freinent ou facilitent les activités de prévention?*

Les questions à considérer sont notamment les suivantes:

- Comment la possession et la vente de drogue sont-elles considérées au regard de la loi? Quelle est la pratique en matière d'exécution des lois et avec quelle rigueur la législation est-elle appliquée?
- Comment la vente, la distribution ou la possession de seringues est-elle considérée au regard de la loi?

Dans de nombreuses villes des Etats-Unis d'Amérique, la législation applicable aux accessoires utilisés par les toxicomanes interdit la vente et la possession de seringues pour la consommation de drogue. Les actions de prévention ont donc surtout consisté à apprendre aux toxicomanes par injection à nettoyer les seringues avec des solutions désinfectantes.

- Comment la société considère-t-elle l'usage de la drogue? Les toxicomanes se trouvent-ils marginalisés par l'application des lois et rejetés dans la clandestinité? Quelle en est l'incidence sur les moyens dont disposent les services de prévention pour les atteindre?

Dans certains pays, la vente de seringues à des toxicomanes par injection n'est pas illégale; en fait, ces seringues peuvent être achetées dans diverses officines. Certains pays ne pénalisent pas la possession de drogue à usage personnel, et ceux qui s'en injectent n'ont donc pas à se soustraire à la surveillance de la police.

Sources d'information

Il est possible d'utiliser plusieurs sources d'information pour apporter des réponses aux questions indiquées plus haut dans le cadre d'une analyse de la situation. D'autres facteurs et/ou questions à considérer pour évaluer la situation nécessiteront un examen détaillé au niveau local par les administrateurs de terrain plutôt qu'au niveau national. Toutefois, alors que les administrateurs de terrain procéderont à l'analyse de la situation proprement dite, les administrateurs de programme étudieront la possibilité d'obtenir des informations sur les points suivants:

- caractéristiques des toxicomanes par injection et leur place dans la communauté et la société;
- nature de la consommation de drogue et comportement du toxicomane par injection;
- quartiers et lieux de rendez-vous des toxicomanes qui s'injectent de la drogue;
- comportements sexuels des toxicomanes par injection et de leurs partenaires; enfin,
- niveaux actuels de sensibilisation au VIH/SIDA parmi les toxicomanes.

Des **programmes de traitement de la toxicomanie** existent dans de nombreux pays, et ces programmes disposent d'informations sur le nombre et les caractéristiques de ceux qui viennent se faire traiter.

Les **dispensaires de dermato-vénérologie et/ou le système de surveillance du VIH** devraient être en mesure de donner des informations sur la prévalence de l'infection à VIH, de l'hépatite et des MST parmi les consommateurs de drogue par injection.

Les **hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et psychiatres** reçoivent souvent des demandes d'aide de la part des toxicomanes par injection ou de leur famille. Il existe dans la plupart des villes un médecin spécialisé dans le traitement des problèmes de toxicomanie.

Les **organisations non gouvernementales** qui travaillent dans les quartiers défavorisés ou qui ont mis en place des services à l'intention des jeunes, ou plus précisément des toxicomanes, peuvent fournir de précieuses informations.

A l'occasion d'une analyse de la situation dans une ville indienne, des contacts ont été pris avec des consommateurs de drogue par injection par le biais d'un programme de traitement à assise communautaire. Des médecins ont interrogé des toxicomanes qui ont décrit la façon dont ils

s'injectaient de la drogue. Des rencontres avec d'autres toxicomanes par injection ont été organisées dans les locaux d'un programme de rénovation de taudis d'une organisation confessionnelle. En trois jours, 20 toxicomanes avaient été interviewés.

Des **spécialistes en sciences sociales ou chercheurs en médecine** d'universités ou d'établissements autonomes peuvent fournir des informations.

Les **services de police et services pénitentiaires, les douanes, les tribunaux et autres organismes chargés de l'application des lois** peuvent normalement fournir des informations sur les arrestations, les condamnations et les saisies de drogue. Comme la consommation de drogue est illégale dans la plupart des pays, il est important d'établir des contacts avec le personnel des services de police et des services pénitentiaires afin de leur donner des informations générales au sujet des interventions envisagées de lutte contre le VIH.

Il est ressorti d'une enquête anonyme réalisée auprès de détenus en Espagne que plus d'un tiers s'étaient injectés de la drogue avant d'aller en prison et que beaucoup continuaient à le faire pendant leur incarcération.

Le personnel des tribunaux, par exemple les **agents de probation, les services de liberté conditionnelle, les travailleurs sociaux et les juristes** ne disposent probablement pas d'informations sur le nombre de personnes rencontrées pour des problèmes de drogue, mais ils constituent une source d'information importante sur les profils et la structure locale de la toxicomanie ainsi que les caractéristiques des toxicomanes.

Pour obtenir plus de détails sur les toxicomanes et leur comportement, les administrateurs de terrain consulteront d'autres sources d'information (voir le Guide pour la mise en oeuvre des interventions locales).

La façon de procéder

La façon de procéder la plus fructueuse pour l'analyse préliminaire de la situation consistera tout d'abord à recenser, dans divers secteurs, les organismes, individus et ONG les plus importants qui disposent d'informations, par exemple ceux indiqués plus haut, et/ou organiser des réunions d'experts à divers niveaux dans différentes parties de la communauté. Utiliser les trois questions indiquées plus haut comme aide-mémoire pour faire le point des informations que les experts peuvent fournir dans un premier temps. L'établissement de contacts avec ces groupes fournira également l'occasion de leur expliquer l'importance de la prévention du VIH et de mobiliser leur concours pour des interventions ultérieures. Ces groupes peuvent également servir pour entrer en rapport avec d'autres personnes susceptibles de fournir les informations nécessaires.

Il ne faut pas oublier que même s'ils forment une population en grande partie occulte, un certain nombre de toxicomanes qui s'injectent de la drogue ont des contacts avec des institutions médicales, juridiques ou autres. En raison du caractère souvent clandestin de la toxicomanie, les informations réunies par ces institutions sont vraisemblablement limitées et partiales. Les organismes et les individus n'ont pas tous les mêmes perspectives concernant la toxicomanie: par exemple, les organismes qui proposent des traitements auront beaucoup plus de chance d'entrer en contact avec des toxicomanes à problèmes qu'avec ceux qui assument leur consommation de drogue sans difficulté. Les services de police rencontrent les toxicomanes qui se sont signalés à l'attention des services chargés de l'application de la loi plutôt que ceux qui y ont échappé. Les administrateurs de programme doivent considérer avec soin les indications en provenance de sources différentes et s'assurer que les statistiques officielles sont complétées par des enquêtes locales.

Combien faut-il d'informations pour l'analyse préliminaire de la situation nationale?

La bonne quantité d'informations est celle qui convient pour déterminer les interventions possibles. N'essayez pas de vous lancer dans une analyse tellement détaillée que la mise au point d'interventions s'en trouvera inutilement retardée.

Dans la pratique, les idées d'interventions possibles apparaîtront à mesure que l'analyse avancera. Il sera également nécessaire de réévaluer la situation périodiquement.

ETAPE 2: PLANIFICATION D'UNE STRATEGIE DE PREVENTION DU VIH

Si l'analyse préliminaire de la situation fait apparaître l'existence ou l'imminence d'une toxicomanie par injection dans certaines ou plusieurs parties du pays, il sera nécessaire de mettre au point une stratégie de prévention du VIH (comportant plusieurs interventions) et de recenser les ressources disponibles à cet effet. Pour élaborer cette stratégie, il faut déterminer les lieux des interventions, les groupes cibles et les problèmes à traiter, définir à un large niveau stratégique les interventions les plus appropriées et mobiliser des ressources adéquates.

1. DETERMINATION DES LIEUX POSSIBLES DES INTERVENTIONS, DES GROUPES CIBLES ET DES PROBLEMES A TRAITER

Grâce aux informations réunies pendant l'analyse de la situation, l'administrateur de programme déterminera:

- **les lieux des interventions**, zones, villes ou villages, par exemple;

- **les groupes cibles**, par exemple les consommateurs de drogue par injection et/ou les autres toxicomanes, les citadins, les exploitants agricoles, les pêcheurs, les toxicomanes qui suivent un traitement et ceux qui n'en suivent plus, les détenus, les toxicomanes qui s'injectent de temps à autre de la drogue ou qui le font par divertissement, ou bien ceux qui s'en injectent fréquemment et de façon compulsive, les partenaires sexuels des toxicomanes; et
- **les problèmes à traiter**, par exemple le faible niveau des connaissances concernant le VIH et le SIDA parmi les consommateurs de drogue par injection, l'absence de services de traitement de la toxicomanie, les règles de comportement qui entretiennent l'usage en commun des seringues, la stigmatisation des consommateurs de drogue par injection, les contraintes juridiques qui font obstacle aux activités de prévention, par exemple les lois interdisant la vente ou la distribution gratuite de seringues aux consommateurs de drogue par injection.

Des entretiens en groupe avec des toxicomanes qui s'injectent de la drogue et les résultats des tests de surveillance du VIH réalisés à Manipur (Inde) ont fait apparaître que ces toxicomanes vivent pour la plupart le long de la principale route qui traverse l'État, et non dans la campagne avoisinante. Cette constatation a amené les enquêteurs à émettre l'hypothèse que l'on rencontrerait également des cas de toxicomanie le long de cette route dans les États voisins et à prévoir des actions de prévention en conséquence.

2. SELECTION D'UNE GAMME D'INTERVENTIONS POSSIBLES CONTRE LE VIH EN FONCTION DES PROBLEMES MIS EN EVIDENCE

La prochaine étape consiste à définir, à un large niveau stratégique, les interventions les plus appropriées. Il sera probablement nécessaire, pour concevoir une intervention sur le plan national (par exemple au niveau des moyens de grande information) ou local, de procéder à une évaluation plus détaillée, généralement sous la forme d'une **analyse de la situation locale** réalisée par la suite par un administrateur de terrain (voir le Guide pour la mise en oeuvre des interventions locales). Cela dit, à ce stade, c'est à l'administrateur de programme qu'il incombe de donner une orientation stratégique et de déterminer de façon générale les activités les plus efficaces pour prévenir la propagation du VIH parmi les consommateurs de drogue par injection.

Une stratégie de prévention du VIH comprendra généralement:

- des interventions visant à **réduire le risque**, à l'intention des consommateurs de drogue par injection, afin de les aider à réduire le risque d'infection à VIH auquel ils s'exposent ou exposent autrui;

Les activités destinées à réduire le risque d'infection à VIH chez les consommateurs de drogue par injection sont notamment l'éducation par l'intermédiaire des moyens de

grande information, les campagnes locales d'information, la fourniture d'avis, d'informations et de conseils sur les comportements à risque et les stratégies de protection, l'amélioration de la distribution d'aiguilles et de seringues contre remise du matériel usagé, la fourniture d'informations sur le nettoyage des seringues et de solutions désinfectantes appropriées, par exemple l'eau de Javel, la mise en place de services périphériques à l'intention des populations difficiles à atteindre, la fourniture de soins dispensés d'une façon susceptible d'attirer les groupes cibles, l'organisation d'une éducation par groupe d'affinités dans les milieux locaux de la toxicomanie, et l'action en faveur du préservatif;

- des interventions destinées à **décourager la consommation par injection**, à l'intention des toxicomanes qui s'injectent ou pourraient envisager de s'injecter de la drogue, afin de faire régresser cette forme de toxicomanie.

Les activités destinées à réduire la toxicomanie par injection sont notamment l'éducation des toxicomanes par l'intermédiaire des moyens de grande information, l'éducation, par le biais de groupes affinitaires ou de services périphériques, des toxicomanes qui ne s'injectent pas de la drogue, ou de ceux qui s'en injectent, l'amélioration des possibilités de traitement de la toxicomanie, d'accès à ces traitements et de leur utilisation pour tous ceux qui souhaitent changer leur consommation de drogue.

(Pour plus de détails sur les interventions, voir le Guide pour la mise en oeuvre des interventions locales.)

Pour donner de bons résultats, une stratégie de prévention du VIH doit apporter:

- des **connaissances**, c'est-à-dire une éducation et une information sur la transmission du VIH;
- les **moyens** susceptibles d'induire un changement de comportement; et
- les **compétences** nécessaires pour changer les comportements.

Les interventions comprennent généralement ces trois composantes. Par exemple, un programme pourrait apporter aux toxicomanes par injection des informations sur les moyens de prévenir la transmission du VIH en nettoyant les aiguilles et seringues (**connaissances**), leur fournir des solutions désinfectantes pour décontaminer les aiguilles et seringues (**moyens**), et leur apprendre à utiliser ces solutions de façon efficace (**compétences**). Un programme de traitement contre la toxicomanie pourrait conseiller aux consommateurs de drogue par injection de cesser de s'injecter de la drogue pour réduire le risque d'infection à VIH (**connaissances**), leur donner la possibilité de se faire traiter (**moyens**), et leur enseigner des méthodes de lutte contre la toxicomanie (**compétences**).

Des interventions isolées ont peu de chances d'être utiles: les administrateurs de programme devront donc définir la **combinaison** appropriée d'interventions.

3. RECENSEMENT DES RESSOURCES DISPONIBLES

L'administrateur de programme devra évaluer les **ressources existantes** (institutions, personnel et moyens de financement) qui peuvent être mobilisées pour la prévention du VIH. Quels sont les programmes de prévention efficaces qui existent déjà et quels sont ceux (par exemple les projets de réinsertion des toxicomanes) susceptibles d'être adaptés pour la prévention du VIH? Par exemple, de nombreux programmes de lutte contre les MST comptent déjà parmi leur clientèle des consommateurs de drogue par injection. Un projet de rénovation des taudis peut déjà avoir établi des contacts avec des toxicomanes. Les ressources sont par exemple les moyens d'information nationaux et locaux (télévision, journaux, magazines), les programmes de traitement de la toxicomanie, les services de planification familiale, les dispensaires de dermato-vénérologie, les services de police, les ONG, les projets d'assainissement des taudis, les établissements scolaires et les établissements d'enseignement supérieur.

A quelles organisations faut-il faire appel?

Avant de décider quelles sont les organisations à mobiliser pour la stratégie de prévention du VIH, il faut se poser les questions de base ci-après:

- Quelles sont les institutions (par exemple hôpitaux, établissements pénitenciers, ONG) qui sont déjà en contact avec des toxicomanes ou qui pourraient se mettre en rapport avec eux?
- Y a-t-il un système de traitement des toxicomanes; quels sont les toxicomanes qui l'utilisent?
- Quelles sont les institutions capables d'innover et de faire preuve de souplesse et d'imagination?
- Quelles sont les ressources susceptibles d'être mobilisées au niveau communautaire, universitaire ou autre?
- Quelles sont les ressources qui font défaut au moment considéré, comment combler ces lacunes et quels sont les nouveaux projets qu'il faudra peut-être lancer?
- Quelles sont les ressources et structures médicales, sanitaires et sociales qui pourraient déterminer les initiateurs des interventions et la façon de les entreprendre?
- Quelles sont les interventions qui ont toutes les chances d'être acceptables pour les consommateurs de drogue par injection, et donc utilisées par eux? Quelles sont les institutions en qui ils ont confiance?
- Quels sont les besoins en formation du personnel?

Les organismes qui viennent d'abord à l'esprit ne sont pas toujours les plus appropriés. Ainsi, les services de traitement de la toxicomanie sont bien placés pour informer les patients des risques d'infection par le VIH, mais il se peut qu'un programme de traitement de la toxicomanie ne soit disponible et accessible que pour une minorité seulement de consommateurs de drogue par injection. En cas de traitement axé sur l'abstinence, il peut être difficile dans le cadre de ce traitement de donner des conseils sur la façon de consommer de la drogue en prenant moins de risques. Les programmes en question ont déjà une clientèle,

mais pas nécessairement les connaissances indispensables pour entrer en contact avec des toxicomanes sur les lieux qu'ils fréquentent. Ceux qui viennent se faire traiter forment parfois une population particulière et distincte.

Les services de police sont souvent en rapport avec les toxicomanes et peuvent profiter de l'occasion pour faire passer des informations concernant la prévention du VIH, ou encore des opérations destinées à combattre ce virus. Toutefois, considérant leur rôle, il peut leur être difficile de donner des conseils concernant des modes de consommation de la drogue qui présentent moins de risques, car cela peut éventuellement entrer en conflit avec leur fonction, qui est de faire respecter la loi. Par ailleurs, ils ne rencontrent que certaines catégories de toxicomanes par injection.

Contact avec des travailleurs d'autres pays

Il sera utile de prendre contact avec des travailleurs d'autres pays qui ont acquis un savoir faire en matière d'interventions contre le VIH. De nombreux pays ont établi des plans stratégiques à l'échelle nationale ou locale, mis au point des interventions précises et produit des dossiers d'information à l'intention des travailleurs et des consommateurs de drogue par injection. Beaucoup seront prêts à en faire bénéficier ceux qui le demandent. Ce qu'ils auront réalisé ne pourra vraisemblablement pas être utilisé tel quel; par contre, cela pourra servir pour la recherche de nouvelles idées et l'établissement de matériels d'intervention sur le plan local. Les administrateurs devraient s'efforcer de trouver des ressources au niveau international. Des jumelages avec d'autres pays ou d'autres villes peuvent avoir leur utilité pour l'échange de conseils et de connaissances spécialisées.

Moyens de financement

Les administrateurs de programme seront chargés de mobiliser des fonds pour les interventions, de les utiliser selon les besoins et d'aider autrui à trouver et mobiliser les ressources nécessaires.

ETAPE 3: COORDINATION DE L'ELABORATION ET DE LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE DE PREVENTION DU VIH

Les administrateurs de programmes de lutte contre le SIDA auront ensuite pour tâche de coordonner l'élaboration et la mise en oeuvre de la stratégie de prévention du VIH. Il leur faudra pour cela recruter, encadrer et/ou soutenir les responsables de la planification et de la direction des interventions de lutte contre le VIH sur le plan local, et aussi orienter et superviser le déroulement de la stratégie.

Bien souvent, l'encadrement d'une intervention locale incombera à l'autorité de santé publique, à un programme local de lutte contre le SIDA ou à un programme local de traitement de la toxicomanie.

Dans certains pays, le programme de traitement de la toxicomanie peut être chargé de la prévention du VIH, en collaboration avec le programme de lutte contre le SIDA. Cette collaboration porterait sur le contrôle des échantillons de sang, la formation des agents chargés des questions de drogue pour ce qui concerne les voies de transmission, l'échange de données d'expérience relatives aux services de conseils, et un travail en commun pour les campagnes d'information sur le SIDA afin de s'assurer qu'elles présentent de l'intérêt pour les consommateurs de drogue.

1. RECRUTEMENT ET ENCADREMENT DES ADMINISTRATEURS DE TERRAIN

Les administrateurs de programme devront recruter un certain nombre d'administrateurs de terrain ou d'organismes locaux, qui seront chacun chargés de planifier et de diriger des interventions de lutte contre le VIH dans une zone géographique déterminée (par exemple la totalité ou une partie d'une grande agglomération, d'une ville ou d'un district rural). Ils devront également déterminer la meilleure façon de subdiviser le pays ou la région dont ils sont responsables.

S'il est organisé une ou plusieurs interventions sur le plan national (une campagne de grande information ou un programme de dépistage du VIH, par exemple), l'administrateur de programme souhaitera peut-être déléguer la responsabilité de ces interventions à des administrateurs de terrain.

Les administrateurs de terrain recrutés sur place seront chargés:

- de procéder à une **analyse de la situation locale** lorsqu'il existe un risque ou risque potentiel de transmission du VIH dû à l'injection de drogue; si tel est le cas,
- de sélectionner des **interventions locales** visant des **groupes cibles** précis en des **lieux** particuliers;
- **de mettre en oeuvre des activités de prévention**, c'est-à-dire notamment d'élaborer des projets, d'en fixer les cibles, de gérer les projets ainsi que de suivre en permanence et d'évaluer les activités.¹

Les administrateurs de terrain devront clairement établir, sans entrer dans le détail, les résultats attendus des interventions et définir leurs propres responsabilités.

Des structures de gestion doivent être mises en place, et il faut que soit bien précisé qui rend compte à qui, avec quelle fréquence et sur quelles questions. Les administrateurs de

¹ Voir le Guide pour la mise en oeuvre des interventions locales.

programme doivent rester en liaison étroite avec les administrateurs de terrain, en particulier au moment du choix d'interventions bien précises sur le plan local: toutes les activités doivent être conformes à la stratégie globale de prévention du VIH.

Cibles

Les cibles fixées pour évaluer les résultats doivent permettre d'atteindre un but défini de façon générale et imprimer un sens à l'action; ces cibles doivent être mobilisatrices, explicites et réalisables dans un laps de temps spécifié. Il faut définir une série d'indicateurs pour suivre les progrès accomplis au regard des cibles fixées.

Un certain nombre de cibles correspondront à des résultats obtenus dans des activités d'**exécution**, par exemple le nombre de personnes formées, le nombre de bouteilles de solutions désinfectantes distribuées, le nombre d'officines qui vendent des seringues, le nombre de personnes qui ont profité du système de traitement de la toxicomanie ou le nombre de brochures d'information sur le SIDA distribuées aux toxicomanes.

Il a été décidé par les responsables d'un programme de lutte contre le SIDA réalisé dans des établissements pénitentiaires de remettre à chaque détenu, avant sa libération, une pochette éducative sur le SIDA contenant des informations sur le risque d'infection par le VIH dû à l'injection de drogue et aux comportements sexuels. La cible fixée était que chaque établissement pénitentiaire puisse offrir cette pochette dans les 12 mois et que 95% des détenus en reçoivent une dans les 18 mois.

D'autres cibles indiqueront la **réussite** ou le résultat des activités, par exemple la proportion de consommateurs de drogue par injection qui utilisent systématiquement des solutions désinfectantes, de ceux qui utilisent régulièrement des préservatifs ou encore de ceux qui s'échangent des seringues.

Les cibles devraient être libellées en ces termes:

"D'ici à (date), x% de la population cible sera capable de mentionner au moins deux moyens acceptables de se protéger contre l'infection à VIH."

"D'ici à (date), x pharmacies fourniront du matériel d'injection aux toxicomanes qui le demandent."

"D'ici à (date), x consommateurs de drogue par injection se feront traiter dans des services appropriés."

Systemes d'information et surveillance

Il deviendra manifeste qu'il faut améliorer les systèmes d'information et de surveillance, et bien souvent il conviendra que des programmes de lutte contre le SIDA fassent exécuter ou favorisent une collecte systématique de données sur les toxicomanes et ceux qui s'injectent de la drogue, collecte qui pourrait être complétée par des études approfondies sur les pratiques des toxicomanes et le risque d'infection à VIH chez ceux qui s'injectent de la drogue. L'établissement de meilleurs systèmes de surveillance constitue également un moyen de mieux faire connaître le problème de la toxicomanie par injection sur un plan professionnel, dans les services de police ou parmi les personnels des salles d'urgence ou autres, par exemple.

2. ORIENTATION ET SUPERVISION DU DEROULEMENT DE LA STRATEGIE

Prévenir la propagation du VIH chez ceux qui s'injectent de la drogue est une tâche de longue haleine, qui exige beaucoup d'efforts, de dévouement et d'imagination. Avec le temps, la stratégie de prévention du VIH aura probablement besoin d'être modifiée en fonction de l'évolution de l'importance de la toxicomanie par injection et du comportement des toxicomanes qui s'injectent de la drogue. Cette stratégie doit donc être souple et susceptible de prendre en compte de nouvelles informations, de modifier les priorités et de permettre la mise au point de nouvelles interventions ou la modification de celles qui existent déjà.

Les administrateurs de programme devront donc établir des lignes directrices pour l'évaluation de chaque intervention, utiliser les résultats pour apprécier en toute connaissance de cause les activités les plus efficaces pour prévenir la propagation du VIH parmi les consommateurs de drogue par injection et la communauté locale dans son ensemble, ainsi que modifier selon les besoins la stratégie de prévention du VIH.

* * *