

THE LANCET

Le SIDA chez les usagers de drogues • Juin 2010

www.thelancet.com

Sida chez les usagers de drogues :
“Nous voulons que l’hostilité
exagérément agressive,
sponsorisée par les États, à l’égard
des usagers de drogues laisse place
à des attitudes éclairées, guidées
par la science, et à des réponses
plus équitables de la société.”

Le SIDA chez les usagers de drogues



Le SIDA chez les usagers de drogues 7

Il est temps d'agir : appel à des réponses globales concernant le SIDA chez les usagers de drogues

Chris Beyrer, Kasia Malinowska-Sempruch, Adeeba Kamarulzaman, Michel Kazatchkine, Michel Sidibe, Steffanie A Strathdee

Les travaux publiés sur le SIDA parmi les usagers de drogues montrent qu'il est possible de réduire le poids global de l'infection au sein de cette population. Une action concertée des gouvernements, des organisations multilatérales, des systèmes de santé et des individus apporterait d'énormes avantages aux familles, aux communautés et à la société. Nous passons en revue les preuves et identifions les synergies existant entre science biomédicale, santé publique et droits de l'homme. Des interventions coût-efficaces, incluant les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, les traitements de substitution aux opiacés, et l'accès élargi au traitement et aux soins du VIH relèvent de la santé publique et des droits de l'homme. Seuls 10% des usagers de drogues dans le monde sont cependant touchés par ces programmes, et trop nombreux sont encore ceux que l'on emprisonne pour des délits mineurs ou détenus sans procès. Changer cette situation nécessite engagement, plaidoyer et courage politique pour faire progresser le programme d'action. Ne pas le faire exacerbera la propagation de l'infection VIH, sapera les programmes de traitement et continuera à remplir les prisons de patients ayant besoin de soins.

Introduction

La guerre aux drogues a échoué. Les politiques de détention, de traitement forcé et d'incarcération des usagers de drogues n'ont pas abouti. Néanmoins, la réponse globale au VIH/SIDA en termes de recherche, d'accroissement de la prévention, de droits des personnes affectées, et d'accès aux traitements anti-rétroviraux présente de remarquables résultats. Mais la réponse à l'élément clé de la propagation de la pandémie qu'est l'usage de substances est l'un des aspects les plus frustrants de la crise globale du VIH/SIDA. Les preuves n'ont pas été suffisamment prises en compte dans la définition d'une politique de santé publique, et de trop nombreux gouvernements, systèmes judiciaires et établissements médicaux discriminent les patients dépendants des drogues, restreignent leurs droits et utilisent des formes de traitement obsolètes et discréditées, tout en limitant

– ou en interdisant complètement – le recours aux approches basées sur les preuves.

Principal bailleur de fonds en ce qui concerne les traitements et la recherche VIH/SIDA dans le monde, les États-Unis ont banni jusqu'en 2009 le financement fédéral des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES). Certaines interventions pour prévenir l'infection VIH sont encore plus simples et moins coûteuses que les PES.^{1,2} L'effort pour développer les traitements ayant fait leur preuve, en particulier les traitements de substitution aux opiacés (TSO), chez les personnes dépendantes à l'héroïne et à d'autres opiacés stagne alors qu'il est particulièrement nécessaire en Russie, dans certaines parties d'Asie centrale et dans la Communauté des États Indépendants.^{3,4} Les rapports présentés ici viennent de travaux multi-

Publié en ligne le 20 juin 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60928-2

Voir en ligne/Commentaire DOI:10.1016/S0140-6736(10)60883-5

Ceci est le septième des sept articles de la Série sur le VIH chez les usagers de drogues

Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA (Prof C Beyrer MD); Open Society Institute, Drug Policy Program, Warsaw, Poland (K Malinowska-Sempruch); University of Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia (A Kamarulzaman MD); Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Geneva, Switzerland (M Kazatchkine MD); UNAIDS, Geneva, Switzerland (M Sidibe MEc); and University of California, San Diego, Division of Global Public Health, Department of Medicine, CA, USA (Prof S A Strathdee PhD)

Correspondance à : Prof Chris Beyrer, Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 615 N Wolfe Street, E 7152, Baltimore, MD 21205, USA

cbeyrer@jhsph.edu

Messages clés

- Amplifier la recherche et les stratégies de surveillance spécifiques aux contextes nationaux est indispensable pour pouvoir fournir aux gouvernements des informations plus précises sur leurs épidémies liées aux stupéfiants.
- Les épidémies de VIH chez les usagers de drogues peuvent être considérablement enrayerées et leurs méfaits atténués grâce aux stratégies disponibles actuellement. Ce dont nous avons besoin, c'est d'une augmentation massive des combinaisons associant prévention, traitement et soins. Dans le cas des épidémies liées aux opiacés, le minimum essentiel de cette approche comprend les programmes d'injection « propre », les thérapies de substitution aux opiacés et les traitements antirétroviraux.
- L'accès universel à un traitement de l'usage des drogues basé sur les preuves est un droit fondamental pour la santé et une priorité urgente de santé publique.
- Des politiques, programmes et services nationaux de réduction des risques, efficaces et complets, sont essentiels pour les pays face à leur obligation légale d'assurer le droit à la santé. Les pays ayant des revenus élevés doivent proposer davantage que les services minimaux. Les programmes pilotes ne sont plus suffisants.
- Les dangers de l'inaction pour répondre aux besoins des usagers de drogues comprennent la poursuite de la propagation de l'infection VIH à de nouvelles populations et de nouvelles régions, la complexification des épidémies de VIH-1 d'un point de vue moléculaire, un moindre accès aux opiacés pour lutter contre la douleur et les soins palliatifs, ainsi que les coûts humains, familiaux, sanitaires et sociaux de l'emprisonnement et de la détention.
- Développer l'action et le plaidoyer des professionnels de santé en faveur des usagers de drogues est une urgence, aussi bien dans le domaine de la santé que dans celui de la justice pénale. Les professionnels de santé devraient refuser d'être complices de programmes et politiques qui ne sont pas fondés sur les faits ou qui violent les droits de l'homme. La voix des usagers de drogues doit être entendue à tous les niveaux, de la fourniture de services aux prises de décisions politiques.
- La réforme des systèmes juridiques fait également partie de la réduction des risques : nous appelons à la décriminalisation des usagers de drogues, aux procès judiciaires équitables, et à l'accès aux services de santé pour les usagers de drogues dans tout type d'emprisonnement et de détention.

Encadré 1 : Portugal : humanitarisme et pragmatisme

En 1999, le gouvernement portugais a adopté la première stratégie nationale relative aux stupéfiants comprenant une approche globale de réduction de l'offre et de la demande, dans le cadre de la décriminalisation de la consommation personnelle de drogues.

João Castel-Branco Goulão faisait partie du comité d'experts qui a présenté ces recommandations à l'époque. Médecin, il est aujourd'hui président de l'IDT (Institute for Drugs and Drug Addiction), Coordinateur national « Drogues » du Portugal, et depuis le début 2010, président du Comité de Direction du Centre Européen de Surveillance des Drogues et de la Toxicomanie. M. Castel-Branco Goulão évoque ici l'histoire du traitement de la toxicomanie au Portugal.

“Jusqu'en 1974, la société portugaise était une société conservatrice, fermée et isolée, ayant peu de contacts avec les mouvements sociaux et culturels de l'époque. Après le coup d'État (la Révolution des Œillets), le Portugal est devenu une république constitutionnelle semi-présidentielle avec des élections démocratiques et la possibilité, pour les citoyens, d'entrer en contact avec d'autres réalités du monde.

L'usage des drogues et la toxicomanie sont devenus un phénomène social à la fin des années 1970. Associé aux idées de liberté, l'usage de drogues s'est répandu parmi les contingents militaires et les milliers de citoyens rentrant des colonies indépendantes (Angola, Mozambique et Guinée-Bissau). Expérimenter les drogues était presque une obligation pour les jeunes qui n'étaient pas préparés à cette nouvelle réalité. L'héroïne est également devenue disponible, conduisant rapidement à une épidémie de toxicomanie et aux problèmes qui y sont liés, y compris l'apparition d'une épidémie de VIH.

disciplinaires encourageant la promotion d'actions que les individus, communautés, systèmes de soins, gouvernements et organisations multilatérales peuvent entreprendre pour réduire considérablement le poids global de l'infection VIH chez les usagers de drogues.³⁻⁸

De manière encourageante, il existe des synergies entre science biomédicale, santé publique et droits de l'homme. Les actions propices à limiter la propagation de la maladie sont aussi propices à protéger les droits de l'homme. Les actions coût-efficaces sont également justifiées d'un point de vue éthique – par exemple des consultations externes de dispensation de TSO aux patients dépendants au lieu de l'incarcération ou du refus du traitement antirétroviral (ART) en raison de politiques et de pratiques discriminatoires.^{5, 8} Preuve est faite qu'un accroissement massif d'interventions éprouvées combinant PES, TSO et ART est nécessaire.⁴ Une couverture importante d'interventions combinées et pérennes sera nécessaire pour obtenir des résultats durables en matière de prévention du VIH chez les usagers de drogues.⁴ Comme l'ont montré Strathdee et coll.,⁵ ces interventions doivent être adaptées aux spécificités des pays et des épidémies pour avoir un impact important. Dans de nombreux pays, cette approche nécessitera un programme de recherche spécifique pour caractériser au mieux les épidémies de VIH chez les usagers de drogues (encadré 1). La réponse au VIH doit également comprendre un

Bien que le Portugal continuait à enregistrer l'un des plus faibles taux de consommation de drogues illicites d'Europe, dans les années 1980, nous sommes devenus l'un des pays à plus forte prévalence d'usage problématique des drogues. L'usage de drogues et la toxicomanie sont devenus un énorme problème social, politique et sanitaire pour la société portugaise. Malgré les réponses préventives et thérapeutiques mises en place, tant au niveau gouvernemental que non gouvernemental, le phénomène ne semblait pas s'atténuer. Craignant les poursuites pénales, la plupart des toxicomanes avaient peur de participer aux programmes.

En 1997, la toxicomanie figurait en tête des préoccupations des Portugais. Le gouvernement a alors décidé de convoquer un groupe d'experts pour évaluer les problèmes et mettre en place une nouvelle stratégie. C'est ainsi que la première stratégie nationale relative aux drogues et à la toxicomanie du Portugal a été développée et adoptée en 1999. Notre stratégie est basée sur des principes humanitaires et pragmatiques. Elle a été conçue comme une approche équilibrée entre des mesures visant la réduction de l'offre et de la demande, avec des propositions concrètes de réponses intégrées de prévention, de traitement, de réduction des risques et de réintégration sociale, dans un contexte de décriminalisation de la consommation personnelle de drogues. La toxicomanie est désormais considérée comme une maladie et les toxicomanes comme des patients, pas comme des criminels.

La consommation et la possession pour usage personnel des drogues ont été décriminalisées en 2000, et la loi mise en application en juillet 2001. Est considéré comme un crime le fait de posséder une quantité de drogues supérieure à dix jours de consommation moyenne. Au-delà de ce seuil (qui diffère pour chaque substance), la possession et la consommation sont considérées comme une infraction. Des organismes (les Commissions de Dissuasion de la Toxicomanie) ont été spécialement mis en place pour appliquer les sanctions administratives. Des organismes qui agissent en deuxième ligne des interventions préventives, en évaluant les circonstances personnelles des usagers de drogues envoyés par la police et en les orientant vers des solutions appropriées (traitement ou autre).

Dix ans après cette décision et la mise en place de cette stratégie, toutes les données disponibles montrent des tendances positives. Non seulement le Portugal n'est pas devenu le paradis des usagers de drogues et une destination du tourisme des drogues, mais les enquêtes effectuées en population générale ont également montré une baisse de la prévalence de l'usage de tous les types de drogues parmi les jeunes (âgés de 15-19 ans), qui est passée de 10-8% en 2001 à 8-6% en 2007 ; une baisse considérable de la proportion d'usagers de drogues parmi les cas de VIH enregistrés au Portugal, passée de 54% du total en 2001 à 30% en 2007, ainsi qu'une augmentation constante du nombre d'usagers de drogues recevant un traitement, de 32 000 en 2002 à 38 500 en 2008.

Grâce à la décriminalisation de l'usage personnel des drogues et à notre stratégie intégrée, le Portugal a désormais un rôle moteur dans la gestion des problèmes liés à l'usage de drogues parmi les autres pays de l'UE. L'approche humanitaire et pragmatique s'avère efficace. Le Portugal n'a pas eu à recourir aux incarcérations massives pour obtenir des résultats réels dans la réduction de la consommation de drogues, de la toxicomanie et des infections VIH.”

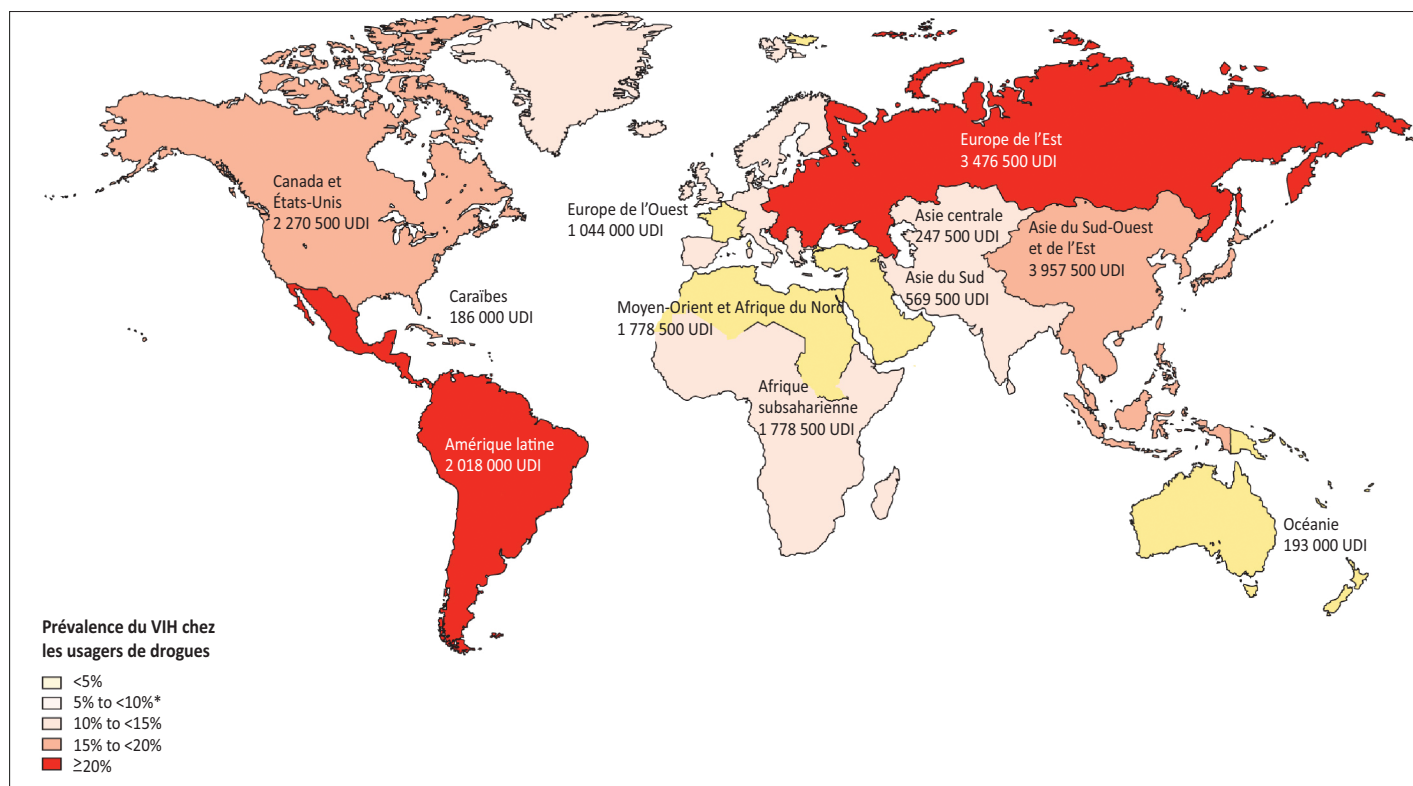


Figure 1 : Nombre estimé d'usagers de drogues injectables (UDI) et prévalence régionale de l'infection VIH chez les personnes s'injectant des drogues, 2010

* aucun pays n'a de prévalence comprise entre 5% et <10%.

accès universel au traitement de la dépendance à la drogue basé sur les preuves.³ Ce traitement est un élément fondamental du droit à la santé et une priorité urgente de la santé publique. Et comme le soulignent Jürgens et coll.,⁸ le droit à la santé place tous les pays dans l'obligation légale d'élaborer et de mettre en place des programmes et des politiques efficaces et globaux de réduction des risques.⁹

Faire avancer ce programme d'action nécessite engagement, plaidoyer et courage politique. Les faits montrent indéniablement que l'inaction ne fait qu'aggraver la propagation de l'infection VIH, réduit l'accès aux programmes de prévention du VIH et aux traitements ART, et continue à remplir les prisons de patients ayant besoin de soins, autant d'atteintes aux droits de l'homme.

L'ampleur et la portée de l'épidémie

Selon le Groupe Référent des Nations Unies sur le VIH et l'usage de Drogues Injectables, environ 15,9 millions de personnes (entre 11,0 et 21,2 millions) étaient usagères de drogues injectables (UDI) dans le monde en 2007.¹⁰ La figure 1 présente les estimations globales 2010 du nombre d'injecteurs de drogues par régions, et de la prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues. L'usage de drogues par voie injectable et les infections VIH et VHC (hépatite C) qui y sont associées ont été enregistrés dans presque tous les États membres des NU, quel que soit le niveau de revenu. Les usagers de drogues n'ayant pas recours à l'injection représen-

tent une population nettement plus importante que ceux qui injectent, bien que les estimations concernant les usagers de drogues non injectables varient en fonction des substances utilisées, de la définition de l'usage, et de l'inclusion éventuelle de la consommation d'alcool. Colfax et coll.⁷ ont montré que les risques d'exposition sexuelle au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles peuvent s'avérer importants dans ces populations hétérogènes, comme ils le sont chez les personnes s'injectant des drogues.

La propagation du VIH parmi les UDI a néanmoins été maîtrisée dans de nombreux pays grâce à la mise à disposition de l'ensemble des interventions recommandées conjointement par l'OMS, l'ONUSIDA, et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC ; encadré 2). Parmi les populations d'UDI ayant accès à ces services, l'incidence du VIH est restée faible et stable pendant des années, voire des décennies, dans des contextes aussi variés que l'Australie,¹¹ le Royaume-Uni, le Brésil, l'Allemagne,¹² Hong-Kong, la France,¹³ et plusieurs villes des États-Unis.^{14, 15} La cohérence de ces expériences montre que les efforts faits en matière de santé publique peuvent assez facilement permettre de contrôler les épidémies d'infection VIH chez les usagers de drogues. Pourtant en 2010, la transmission du VIH se poursuit parmi les UDI dans la plus grande partie du monde, et c'est vraiment un vecteur essentiel des épidémies de VIH d'Europe de l'Est, d'Asie centrale, de l'Est et du Sud-Est, et du cône sud de l'Amérique latine.¹⁰ Cinq pays en particulier (la Chine, le Vietnam, la Rus-

Encadré 2 : Une approche globale pour la prévention, le traitement et les soins du VIH chez les usagers de drogues injectables (UDI).*

- Programmes d'aiguilles et de seringues
- Traitement de substitution aux opiacés
- Conseil et dépistage volontaires du VIH
- Traitement antirétroviral
- Prévention des infections sexuellement transmissibles
- Programmes de préservatifs pour les UDI et leurs partenaires
- Information, éducation et communication ciblées
- Diagnostic et traitement des hépatites (A, B, et C) et vaccination contre les hépatites A et B
- Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose

* La circoncision des hommes adultes a été associée à une baisse des risques d'infection VIH pour les hommes lors d'expositions hétérosexuelles. Bien qu'elle ne fasse pas partie de l'approche globale OMS/Office des NU contre la Drogue et le Crime/ONUSIDA concernant l'usage de drogues injectables, cette intervention peut s'avérer importante pour les usagers hommes ayant des rapports hétérosexuels.

sie, l'Ukraine et la Malaisie) font face à ce que Wolfe et coll.³ appellent des “méga-épidémies” chez les usagers de drogues par voie injectable. À eux cinq, ces pays totalisent un nombre estimé de 2,4 millions d'infections VIH et environ la moitié de tous les UDI infectés par le VIH dans le monde.^{3, 10} Les épidémies de VIH continuent de s'étendre parmi les UDI d'Asie centrale, y compris en Afghanistan.^{16, 17} Les UDI représentent plus de 60% du nombre total des infections VIH en Biélorussie, en Géorgie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Moldavie, en Russie, en Ukraine, au Tadjikistan, en Ouzbékistan, en Iran et en Indonésie.¹⁸ Avec en moyenne moins de 2 aiguilles par UDI par mois, 8% des usagers d'opiacés en traitement opiacé et 4% d'UDI infectés par le VIH recevant un ART,¹⁹ la couverture de l'ensemble des services essentiels pour cette population est insuffisante. Selon le Groupe de travail sur la couverture globale de prévention, les niveaux assurés pour les UDI sont ainsi les plus faibles de toutes les populations à risque d'infection par le VIH.²⁰

Les dangers de l'inaction

Propagation soutenue de l'infection VIH

Les conséquences de l'inaction sont graves lorsque les TSO et les PES ne sont pas disponibles ou illégaux et quand les toxicomanes sont traités comme des criminels. La première, c'est la poursuite de la propagation de l'infection VIH. L'exposition secondaire des partenaires sexuels des usagers de drogues doit également être prise en compte dans ce coût. En Russie, où le TSO est interdit, la transmission du VIH par des UDI majoritairement masculins à leurs partenaires sexuelles féminini-

nes semble être une cause importante de l'augmentation de l'infection VIH enregistrée chez les femmes.²¹ Certains pays, comme la Chine, l'Iran, le Vietnam et le Kirghizistan ont pris des mesures audacieuses pour développer les TSO.¹⁹ Mais, outre la quantité, la qualité est un facteur prédictif important de la réussite du traitement.⁷ Dans de nombreux pays, les programmes de traitement de substitution coexistent avec des réseaux de centres de détention d'usagers de drogues qui sont souvent des lieux de sevrage forcé, voire des camps de travail forcé.⁸ Ces centres de détention enregistrent de mauvais résultats en termes de prévention de l'usage de drogues, et des taux élevés de récurrence. Les centres de détention d'usagers de drogues peuvent en outre accroître l'infection VIH et les risques associés, violer les droits de l'homme, et entraver le succès potentiel d'interventions éprouvées.^{19, 22, 23}

Nouvelles épidémies

Ne pas réussir à faire face aux nouvelles épidémies de VIH qui émergent chez les usagers de drogues engendre d'énormes coûts pour le présent, mais aussi pour l'avenir. Des données recueillies au Kenya,²⁰ au Malawi, en Namibie et au Botswana,²⁴ en Libye, en Tanzanie et à Zanzibar,²⁵ et en Afrique du Sud¹⁰ montrent que de plus en plus d'Africains s'injectent des drogues et que la propagation de l'infection VIH associée est déjà en cours. Un problème grandissant pour les systèmes de santé qui n'y sont pas préparés – les systèmes et prestataires de services de santé africains sont parmi les plus débordés au monde, et peu d'entre eux ont de l'expérience en matière de prévention, de traitement et de soins dont les usagers de drogues ont besoin. Une action urgente ciblée sur la formation et l'acquisition de compétences sera nécessaire pour prévenir la croissance de l'usage des drogues injectables qui aggrave encore plus l'énorme fardeau que représente le SIDA en Afrique. L'usage de drogues injectables sera sans doute à l'origine de l'apparition d'épidémies de VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, et d'autres épidémies dans les communautés musulmanes, comme cela a déjà été le cas en Iran, en Malaisie, en Indonésie et à l'ouest de la Chine.⁵

Répercussions en Afghanistan, au Pakistan et en Iran

Depuis les années 1990, la production mondiale d'opium s'est déplacée d'Asie du Sud-Est en Afghanistan, un pays qui produit actuellement plus de 90% des opiacés illégaux du monde.²⁶ L'exportation de l'équivalent de plus de 6 000 000 kg d'opium se fait principalement via les pays voisins, comme l'Iran, le Pakistan et l'Asie centrale.²⁷ La production d'opium en Afghanistan a considérablement augmenté au cours des dernières décennies, l'augmentation la plus importante ayant été enregistrée au cours des dix dernières années (figure 2).

Bien que l'Europe reste le principal marché de l'opium produit en Afghanistan, une part importante des exportations d'opiacés concerne désormais la Chine, l'Asie centrale et la Russie, et depuis plus récemment, l'Afrique subsaharienne et les États-Unis. Axes commerciaux, ces nouvelles routes du trafic ont également contribué à l'apparition de consommateurs de drogues. Selon les estimations, l'Iran, où transite environ 40% du commerce afghan, compterait 1 million d'usagers

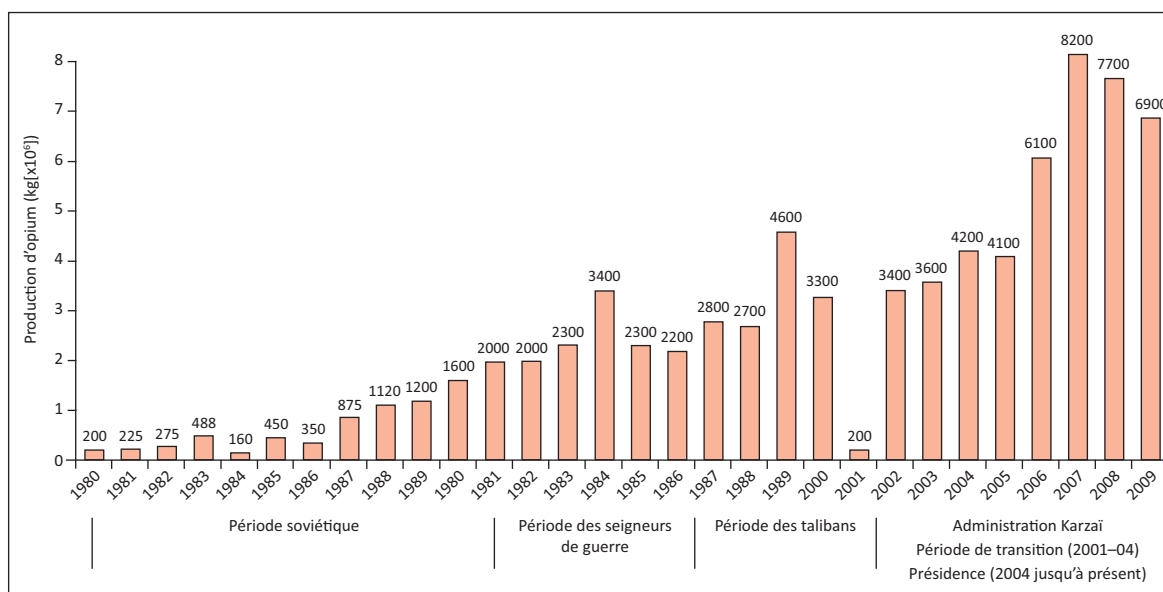


Figure 2 : Production d'opium en Afghanistan 1980–2009

Données modifiées de l'UN Office on Drugs and Crime World Drug Reports.^{26,28}

d'opiacés, avec une prévalence du VIH de 15% à 23% dans les files actives des services de traitement des usagers de drogues de Téhéran.²⁹ Au cours des dix dernières années, l'Asie centrale a enregistré une augmentation moyenne de 48% par an du nombre de cas de VIH cumulés, essentiellement en raison de l'expansion de l'usage d'opiacés et d'un taux important de pratiques d'injection à risque.³⁰ Le fait que de nombreux jeunes aient été infectés dans ces pays musulmans est une tragédie, et montre que les challenges demeurent dans la réalisation intégrale des principes et des enseignements islamiques afin d'apporter un soutien culturel et religieux énergique à une réduction des risques efficace.³¹

Changements en épidémiologie moléculaire

Lorsque la propagation de l'infection VIH parmi les jeunes n'a pas été maîtrisée, les épidémies en résultant ont été marquées par plusieurs caractéristiques moléculaires uniques. La propagation de l'infection VIH chez les UDI a été caractérisée par des taux importants de recombinaisons et d'infections doubles, de propagation transnationale, et dans certains cas, par la présence de variants viraux distincts chez les usagers de drogues et dans leurs réseaux.^{32,33} Une diversité génétique plus importante de variants de VIH-1 est un challenge pour le système immunitaire humain, augmentant la probabilité de résistance aux traitements ART, et compliquant le développement d'un vaccin VIH. Comme Tee et coll.³² L'ont constaté à la frontière sino-birmane, les échecs de la prévention primaire et secondaire de la transmission du VIH chez les UDI peuvent accroître la diversité génétique en raison des recombinaisons. L'incapacité apparente du vaccin « prime-boost » à protéger les vaccinés thaïlandais ayant une histoire d'usage de drogues par voie injectable suggère que cela dépasse le problème théorique.³⁴

L'augmentation de la diversité génétique du VIH-1 chez les usagers de drogues via les recombinaisons et les infections

doubles est certainement due à la réutilisation de matériels d'injection non stériles. Le meilleur exemple en a été l'épidémie complexe qui a touché les UDI de Birmanie, du nord-ouest de l'Inde, et du sud-ouest de la Chine. Tee et coll. ont identifié des zones d'"hyper recombinaison" et la génération de nouveaux recombinaisons de CRF07_B/C et CRF08_B/C qui sont devenus les formes prédominantes de VIH dans la majeure partie de la Chine, de l'Inde du Nord-Ouest et de la Birmanie du Nord.^{17, 32} Tovanabutra et coll.^{33, 35} ont démontré que les variants apparus chez les IDU thaïlandais se sont vite répandus à des réseaux de transmission sexuelle sans lien épidémiologique, accroissant ainsi la diversité génétique de l'épidémie de VIH en Thaïlande.^{33, 35}

Accès réduit aux opiacés pour la douleur, la chirurgie et les soins palliatifs

Ne pas traiter les douleurs évitables et qui peuvent être traitées est une violation de la dignité humaine. Le manque d'accès au traitement adéquat de la douleur lèse le droit à la santé et celui de ne pas avoir à subir de traitement cruel et déshonorant.^{36, 37} Le recours aux opiacés pour lutter contre la douleur est limité par les lois sur les substances contrôlées et les règlements visant à réduire l'abus potentiel de ces agents. Dans un rapport de 2009 sur l'accès aux traitements antidouleur, Human Rights Watch identifie plusieurs facteurs restreignant la possibilité d'accès : le manque de savoir parmi les médecins, les systèmes de santé inadaptés pour assurer la dispensation de médicaments analgésiques, la peur de la dépendance de la part des professionnels de santé et des gouvernements, les lois désuètes et les réglementations excessivement strictes concernant l'importation et la prescription d'opiacés.^{38, 39} De telles restrictions dans la réglementation relative aux opiacés représentent indéniablement un autre coût caché de la guerre aux drogues. Les recommandations de l'OMS suggèrent de trouver

Encadré 3 : La punition n'est pas un traitement médical

“Je m'appelle Li Wei*, et je suis citoyen chinois. J'étais dépendant à l'héroïne depuis plusieurs années quand j'ai été envoyé dans un centre de traitement obligatoire dans mon pays. Du jour où j'ai été envoyé dans le centre de sevrage forcé, on ne m'a pas donné de médicaments pour soulager mon stress, pas même un somnifère. J'ai passé la phase initiale du sevrage sans eau ni nourriture, car je ne pouvais rien avaler et le personnel du centre ne m'a donné ni nourriture ni médicament qui auraient pu m'aider ou me nourrir. Dès que l'on m'a considéré comme désintoxiqué, le gardien s'est empressé de me trouver un travail dans une usine fermée.

Je travaillais 16 heures par jour, j'étais surmené, et quand je n'arrivais pas à finir mon travail, on me battait violemment ou on me faisait subir toutes sortes de punitions corporelles. On m'ordonnait parfois de m'agenouiller et on me donnait de violents coups de pied dans la poitrine, jusqu'à ce que mes tortionnaires finissent par en avoir assez. Parfois, en plein hiver, on me disait de me déshabiller complètement et de me mettre sous un robinet d'eau froide et pour accroître le supplice, deux personnes placées de chaque côté me soufflaient dessus avec des ventilateurs pendant que l'eau coulait sur moi. Ce genre de punition durait au moins une demi-heure à chaque fois.

J'ai tenu dans ces conditions jusqu'à la fin de la période de sevrage forcé qui a duré un an. Quand j'ai quitté le centre, mon état général de santé était très médiocre en raison du dur travail que j'avais fait. Je pouvais à peine marcher 100 mètres, il fallait ensuite que je m'arrête pour me reposer. Normalement, une fois guéri, le corps est en nettement meilleur état qu'avant mais quand j'ai quitté le centre, les gens me demandaient si ma dépendance s'était aggravée

l'équilibre entre faire du soulagement de la douleur une réalité et continuer à contrôler l'usage des narcotiques et à prévenir les détournements.⁴⁰ Nombreux sont ceux qui pensent aujourd'hui dans le monde que la balance penche en faveur du contrôle des drogues. La nécessité d'une réforme a été reconnue lors de la 54^e session de la Commission des Narcotiques de mars 2010, qui a pris la résolution d'examiner les obstacles à la mise à disposition adéquate des drogues à des fins médicales, sachant que les conventions internationales sur le contrôle des drogues affirment la nécessité d'utiliser des narcotiques pour réduire la douleur.⁴⁰

Les coûts de l'emprisonnement

Les approches pénales et légales de l'utilisation des substances mettent l'accent sur l'emprisonnement et la punition au détriment du traitement et de la prévention. Ces approches ont entraîné de très fort taux d'incarcération dans plusieurs endroits comme la Russie, les États-Unis et plusieurs pays d'Asie centrale. En 2007, le taux d'emprisonnement en Russie était de 670 pour 100 000, soit environ 1% de tous les adultes, au deuxième rang derrière celui des États-Unis (702 pour

– j'avais l'air d'un patient en phase terminale, pas de quelqu'un qui venait de finir son sevrage.

On appelle ça la 'réhabilitation par le travail', mais je n'ai jamais eu l'impression d'avoir été réhabilité, la seule chose que j'ai sentie, c'était la punition, et je crois que tous les autres ont ressenti la même chose. Puisque la toxicomanie est une maladie, elle nécessite un traitement médical. Si ce que j'ai reçu était un traitement médical, je préfère l'éviter à jamais.

Dans de nombreux pays, ce genre de traitement est réservé aux criminels condamnés. Pourquoi s'en servir contre les usagers de drogues alors que la science médicale mondiale s'accorde pour dire que la toxicomanie est une maladie du cerveau ?

D'après mon expérience personnelle, je pense que pouvoir étudier ou travailler peut faciliter la réinsertion des personnes dépendantes des drogues. Le travail dur et forcé ne réhabilite pas. Si on recourt au travail obligatoire, les usagers de drogues réagiront toujours au sevrage par la peur et l'évitement. Si la méthadone était utilisée dans les centres de sevrage obligatoire, les effets positifs dépasseraient les attentes.

J'aimerais terminer par un appel à ma communauté d'amis : si vous êtes d'accord avec moi, parlez aussi de vos besoins et sentiments, pour vous-mêmes et pour améliorer les conditions de tous les membres de notre communauté subissant un tel « traitement ».”

* Le nom a été changé pour des raisons de confidentialité.

100 000).⁴¹ Considérés comme des incarcérations de masse, ces taux ont été associés à de nombreuses conséquences négatives pour les prisonniers et leurs communautés.

En se servant des données de 26 pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, Stuckler et coll.⁴¹ ont calculé que chaque point d'augmentation du pourcentage de taux d'emprisonnement (après avoir contrôlé la tuberculose dans l'établissement, la prévalence du VIH et les variables économiques et démographiques) était associé à un accroissement de 0,34% de l'incidence de la tuberculose dans la population (risque attribuable à la population, IC 95% 0,10–0,58; p<0,01). La nette augmentation des incarcérations a été responsable des trois cinquièmes environ de l'augmentation moyenne de l'incidence de la tuberculose entre 1991 et 2002. Les auteurs en concluent qu'une diminution des incarcérations réduirait les risques pour la population générale de la région, aussi bien en ce qui concerne la tuberculose que la tuberculose pharmacorésistante (TB-MR).

Avec une augmentation de 500 pour cent entre 1970 et 2007,⁴² les États-Unis ont également connu une augmentation sans précédent des incarcérations.

Des taux qui se caractérisent par d'extrêmes disparités raciales : en 2007, le taux d'emprisonnement était de 412 pour 100 000 chez les Blancs ; de 742 pour 100 000 chez les Hispaniques, et de 2 290 pour 100 000 chez les Noirs.⁴² Un homme noir sur neuf âgés de 25 à 29 ans avait été emprisonné au cours de l'année – soit, rapporté à une vie entière, un risque cumulé d'emprisonnement pour un homme noir sur trois si les taux

enregistrés en 2007 se poursuivaient.⁴² L'essentiel de cette augmentation est due à des lois condamnant sévèrement, particulièrement celles concernant l'usage de crack – plus de 80% des personnes condamnées par ces lois aux États-Unis étaient des Noirs.⁴³ Il est à noter que les données américaines relatives à l'usage de substances ne reflètent pas ces niveaux de disparité raciale en termes d'usage effectif de drogues. Khan et coll.⁴⁴ ont enquêté sur le rapport entre les comportements à risque sexuels et les antécédents d'incarcération parmi les adultes sondés dans le cadre de l'US National Survey of Family Growth (Enquête nationale sur la croissance des familles américaines). Ils ont constaté que l'usage de drogues illicites n'était ni associé à l'origine ethnique ni au niveau de revenu.

L'emprisonnement présente des risques particuliers pour les UDI. Préparant un essai vaccinal, Choopanya et coll.⁴⁵ ont suivi 1 209 UDI hommes non infectés par le VIH de Bangkok, Thaïlande. Certains participants ont par la suite été arrêtés et emprisonnés durant le suivi. Si les taux d'infection VIH étaient élevés, 5,8 pour 100 par an (IC 95% 4,8–6,8), l'incidence du VIH chez les hommes a considérablement augmenté durant leur incarcération, passant à 35 pour 100 par an. Les prisons thaïlandaises ne proposaient pas de TSO et les drogues illicites étaient largement disponibles mais le matériel d'injection ne l'était pas, une situation trop fréquente dans les prisons du monde entier. Beaucoup de rapports ont également montré que l'incarcération était indépendamment associée aux risques d'infection VIH chez les UDI.^{7,46}

L'emprisonnement au nom du traitement a conduit à de nombreux problèmes comme la détention arbitraire, le travail non payé ou l'accès limité aux ART en Chine, en Thaïlande, au Vietnam, au Laos, et au Cambodge.⁴⁷ Au Vietnam et en Chine, les usagers de drogues peuvent être placés en détention administrative pour des périodes indéfinies, et les rapports sur l'esclavage dont est victime cette population commencent à apparaître.⁴⁷

Si l'emprisonnement s'est avéré peu efficace sur les taux d'usage de substances, ses conséquences sont très néfastes en ce qui concerne la santé, les droits de l'homme, la tuberculose et le VIH. Les patients dépendants doivent être traités, pas emprisonnés, et ceux qui sont détenus ou incarcérés doivent avoir accès aux services de santé (encadré 3).

Appel à l'action

Changer l'environnement du risque

Dans le premier rapport de cette Série, Strathdee et coll.⁵ ont étudié l'environnement du risque pour les usagers de drogues dans trois contextes très différents : les villes d'Odessa (Ukraine), Karachi (Pakistan) et Nairobi (Kenya). Les résultats montrent que comprendre les risques de l'infection VIH chez les usagers de drogues nécessite de dépasser le niveau individuel pour prendre en compte les facteurs structurels et environnementaux qui déterminent les pratiques à risques individuelles et les vulnérabilités face à l'infection VIH. Ce cadre plus large des risques environnementaux comprend des facteurs physiques, sociaux et politiques micro et macro, qui génèrent les contextes de risque ou de protection face au VIH.⁴⁸ Selon

Strathdee et coll, la transmission sexuelle du VIH parmi les UDI, et des UDI aux non UDI peut varier considérablement : le risque de transmission du VIH en raison de rapports sexuels non protégés chez des UDI était de 15–45% à Odessa, mais inférieur à 10% à Karachi et à Nairobi. Réduire de 60% les besoins non satisfaits en TSO, PES et ART diminuerait l'incidence du VIH, respectivement de 41% à Odessa, de 43% à Karachi et de 30% à Nairobi entre 2010 et 2015. Les épidémies locales de VIH reflètent différents types et niveaux de changement structurels : à Nairobi, la suppression des lois interdisant les TSO associée à une augmentation des services pour atteindre 80% de couverture pourrait prévenir 14% des infections VIH ; à Karachi, une diminution de 8–12% des passages attendus d'usage de drogues non injectables à celui de drogues injectables préviendrait 65–98% des infections VIH incidentes. Dans des régions où les épidémies se développent rapidement (p.ex. à Nairobi), l'efficacité des PES et des TSO semble plus importante que la couverture seule.⁵

L'extrême hétérogénéité des épidémies globales et locales de VIH chez les UDI nécessite la mise en place d'une combinaison ciblée d'interventions portant sur les facteurs déterminant la transmission du VIH dans la population, et disposant d'informations fournies par l'analyse complète des risques locaux présents à différents niveaux d'influence. L'étude de Strathdee et coll.⁵ a montré pourquoi les interventions structurelles sur le VIH devaient être un élément clé de toute combinaison d'approches ; l'étude souligne également qu'une approche basée sur les faits et les droits pour fournir une combinaison d'interventions protégeant l'accès aux TSO, à la prévention du VIH et au traitement pour les usagers de drogues pouvait avoir des effets substantiels et mesurables sur les trajectoires des épidémies locales de VIH.

Soins cliniques et coinfections

Altice et coll.⁶ ont passé en revue les challenges du traitement et des soins fournis aux usagers de drogues infectés par le VIH. Dans de trop nombreux contextes, les disparités persistent entre morbidité et mortalité des usagers de drogues et celles d'autres personnes vivant avec une infection VIH. Altice coll. proposent des approches intégrées et multidisciplinaires concernant l'ensemble des comorbidités médicales et psychiatriques affectant cette population, hépatites virales, tuberculose, infections bactériennes et maladies mentales, au-delà de la seule dépendance à la drogue. La pierre angulaire des soins adaptés aux personnes dépendantes aux opiacés est l'utilisation des TSO au sein de ce qu'Alice et ses collègues appellent une thérapie médicamenteuse, le TSO étant pris conjointement avec le traitement ART.⁶ La thérapie médicamenteuse augmente l'adhérence au traitement ART, améliore ses résultats en termes de comorbidités, augmente la rétention en traitement et diminue les comportements à risque de transmission du VIH, un avantage secondaire de prévention.^{49–53} La combinaison ART et TSO a été associée à des réductions de charge virale de VIH-1.⁵³

La coinfection VIH/VHC demeure un challenge important en matière de traitement. Aux côtés d'efforts soutenus pour rendre le traitement actuel plus abordable, la recherche d'agents antiviraux spécifiques du VHC, attendus avec impa-

Encadré 4 : Appel à l'action**Gouvernements**

- Réduire les obstacles légaux, réglementaires et structurels à l'accès à la réduction des risques, aux PES, aux TSO et aux ART pour les usagers des drogues
- Assurer l'accès à une prévention, un traitement et des services de santé complets et basés sur les preuves pour les usagers de drogues dans toute sorte de prison et de détention
- Fermer les centres de détention obligatoire et les remplacer par des services de traitement basés sur les preuves et les droits de l'homme
- Réformer les lois et les politiques pour décriminaliser les usagers de drogues
- Développer l'accès au traitement de l'usage de drogues et aux services pour assurer un accès universel aux services de traitement basés sur les preuves
- Respecter le droit à la santé en amplifiant les programmes de réduction des risques et en assurant une protection efficace contre la discrimination des usagers de drogues dans les services de santé
- Former les policiers (mais aussi les juges et les avocats) à la réduction des risques et incorporer la réduction des risques aux stratégies d'application des lois pour mettre un terme au harcèlement, à la détention arbitraire, aux mauvais traitements et à la torture des usagers de drogues

Ministères de la Santé

- Augmenter considérablement les taux de couverture des combinaisons ART, TSO et PES et maintenir des programmes efficaces dans le temps
- Réduire les obstacles à l'accès aux soins pour les usagers de drogues, dont la stigmatisation dans les établissements de santé, les traitements médicaux incohérents, les interdictions implicites ou explicites de traiter les usagers de drogues actifs, les rémunérations cachées ou subsidiaires, et les multiples demandes d'initier un traitement
- Combiner le traitement et les soins du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite C chez les patients coïnfectés
- Entreprendre des recherches et une surveillance des informations stratégiques concernant les épidémies liées à l'usage de drogues spécifiques aux pays
- Soutenir les modèles communautaires et de soutien par les pairs pour le traitement et les soins des usagers de drogues
- Mettre en place des programmes de prévention afin de réduire la transmission sexuelle chez les usagers de drogues injectables, et celle d'usagers de drogues injectables à des partenaires sexuels qui n'injectent pas ou qui ne consomment pas de drogues

Donateurs

- S'occuper du manque de financement actuel de la réponse au VIH parmi les usagers de drogues : 1% des dépenses mondiales de prévention est actuellement destiné aux usagers de drogues, un pourcentage qu'il faudrait multiplier par 20 pour atteindre 20% des ressources globales, conformément aux recommandations d'ONUSIDA^{54,55}
- Accorder davantage de soutien à l'approche complète et basée sur les preuves de la prévention, du traitement et des soins du VIH chez les usagers de drogues injectables approuvée par l'OMS, l'Office des NU contre la drogue et le crime et l'ONUSIDA (encadré 2)
- Adopter des règles éthiques pour introduire des interventions sauvant la vie dans les centres de détention obligatoire, tout en appelant à la fermeture de ces centres

(suite page suivante)

vivant avec une infection VIH sont exposés au risque de tuberculose. Mais les usagers de drogues courent d'autres risques particulièrement élevés en raison de la probabilité accrue qu'ils se retrouvent dans des environnements comme les prisons, les centres de traitement de la toxicomanie et les centres de détention où le surpeuplement, le manque d'aération, la nutrition inadaptée et l'accès limité aux soins de santé et aux médicaments antirétroviraux peuvent considérablement augmenter le risque de transmission et d'infection par la tuberculose et la morbidité et la mortalité qui y sont liées. Des épidémies importantes de tuberculose TB-MR ont ainsi été signalées en Russie, en Chine et en Inde parmi les usagers de drogues, faisant du développement d'un traitement de qualité pour ces patients et de la réduction des taux d'incarcération des priorités de santé publique.

Accès aux traitements et aux soins

Wolfé et coll.³ ont étudié les possibilités et les obstacles rencontrés par les usagers de drogues pour accéder aux services essentiels. Comme Strathdee et coll.,⁵ ils appellent à se concentrer davantage sur les obstacles systémiques et structurels plutôt qu'individuels à l'adhérence au traitement ART, en soulignant que le risque d'échec d'un traitement doit également tenir compte de l'attitude des professionnels de santé, de l'état civil des usagers de drogues, de l'interdiction d'intégrer les TSO au traitement de la tuberculose et du VIH, de la détention arbitraire pour usage de drogues et d'autres réalités structurelles. Les nombreux obstacles décrits par Wolfé et coll. justifient leur appel à accorder davantage d'attention aux effets positifs de la protection des droits de l'homme et des réformes du secteur judiciaire, dont l'aide juridique, la décriminalisation des usagers de drogues et les alternatives à la détention et à l'institutionnalisation, des éléments aussi cruciaux pour le traitement du VIH qu'un traitement antirétroviral ou un traitement de substitution réussis. Ils élargissent leur appel à la décriminalisation d'autres populations criminalisées, notamment les travailleurs sexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.³

Prévention combinée pour les usagers de drogues

Degenhardt et coll.⁴ ont étudié les effets d'une approche combinée de prévention de l'infection VIH chez les usagers de drogues. Se concentrant sur les expositions au VIH liées à l'injection d'opiacés et aux risques sexuels, ils ont passé en revue les données concernant la couverture globale d'une combinaison de différentes interventions pour établir les scénarios possibles du développement de la prévention dans les 5 et 20 prochaines années. Les données concernant la couverture actuelle constituent un acte d'accusation à propos des efforts réalisés jusqu'à présent par la santé publique : Degenhardt et coll. estiment que seules 5% des injections sont pratiquées avec un matériel stérilisé, fourni par un programme d'injection « propre » ; que les PES, les TSO et les médicaments antirétroviraux – l'essentiel des services de base – ne touchent que 10% des gens qui en ont besoin ; et que seuls 4% des UDI infectés par le VIH reçoivent un ART. À l'aide d'un modèle hypothétique, ils estiment qu'accroître la couverture par la

tience par les professionnels et les personnes coïnfectées,⁶ est une priorité.

Certaines comorbidités associées aux usagers de drogues nécessitent plus que des réponses cliniques. Tous les patients

seule réduction des risques ne réduirait l'incidence du VIH dans le temps, au mieux, que de 20%. Une association de mesures de prévention comprenant des médicaments antirétroviraux conduirait à une réduction plus importante de l'incidence du VIH,⁴ un résultat présenté par Strathdee et coll.⁵ dans des contextes d'épidémies locales. Le message qui en découle est que les interventions combinées de prévention du VIH et l'élargissement de l'accès aux thérapies antirétrovirales aux usagers de drogues doivent rapidement prendre de l'ampleur.

Les challenges des stimulants

L'épidémiologie de l'usage de substances change. Outre les productions d'opiacés, de cocaïne et de cannabis, il existe une diversité toujours plus grande d'agents psychoactifs synthétiques dont les amphétamines et les drogues « festives », comme l'ecstasy, la kétamine et le gamma-hydroxybutyrate. Ces agents ont largement influencé les risques de transmission du VIH, via des expositions sexuelles plus que parentérales. Certaines de ces drogues peuvent être utilisées avec des agents stimulant l'érection et de l'alcool, dans de complexes interactions d'exposition sexuelle. Colfax et coll.⁷ ont passé en revue les faits concernant les amphétamines, un large groupe de substances, et effectué une méta-analyse sur l'efficacité des interventions comportementales pour traiter la dépendance à ce type de drogues. Les résultats font réfléchir. Malgré l'importance croissante des amphétamines dans le monde entier, très peu d'études ont été menées sur ce problème, en dehors des États-Unis, de l'Australie et de quelques autres pays développés. La recherche menée sur le sujet a montré qu'en cas d'usage d'amphétamines, les interventions comportementales avaient peu d'effets sur les comportements sexuels à risque, et aucun effet n'a été constaté sur l'incidence de l'infection VIH. Une situation qui doit changer très rapidement si nous voulons briser le lien entre usage de stimulants et risques sexuels.

Tout comme le manque d'options thérapeutiques de substitution pour la cocaïne, le manque d'approche pharmacologique de la dépendance aux substances du groupe amphétamines reste un challenge pour la recherche et un obstacle aux traitements ART pour les usagers de stimulants infectés par le VIH.

Nous avons besoin d'un équivalent de la méthadone pour la dépendance aux stimulants, et nous avons également besoin d'approches comportementales innovantes pour réduire les risques sexuels de transmission de l'infection VIH chez les usagers de drogues, y compris les usagers intermittents. La mise en place de traitements et de soins basés sur les preuves et adaptés au contexte culturel, associée à la prévention et au traitement des personnes à risque ou infectées par le VIH, est néanmoins impérative pour les usagers de stimulants.

Les droits de l'homme

Les programmes et politiques VIH/SIDA pour les usagers de drogues associent étroitement les approches basées sur les preuves et celles basées sur les droits de l'homme. Comme Jürgens et coll.⁸ le mettent en évidence, les données montrent également que les approches violant les droits des usagers de drogues sont non seulement inacceptables mais présentent aussi de faibles résultats en matière de santé. Selon les données re-

(suite de la page précédente)

Prestataires

- Agir pour réduire la stigmatisation et la discrimination des patients dépendants des drogues dans les établissements de santé
- Faire des thérapies médicamenteuses (ART associé à un traitement de substitution pour les patients dépendants aux opiacés) le standard des soins
- Intensifier les efforts de dépistage de la tuberculose chez les usagers des drogues
- Offrir aux usagers de drogues atteints de tuberculose un soutien en matière d'adhérence, une dispensation de traitement surveillée, et des soins de santé intégrés pour augmenter l'adhérence et diminuer la morbidité et la mortalité
- Se faire l'avocat des patients dépendants des drogues au sein des systèmes de santé et des systèmes judiciaires
- S'abstenir de participer aux programmes et aux politiques qui ne sont pas basés sur les preuves ou qui violent les droits de l'homme

Chercheurs

- Optimiser les combinaisons d'approches pour la prévention de l'infection VIH chez les usagers de drogues et enquêter sur de meilleures stratégies et approches pour traiter l'infection VIH, la dépendance aux drogues et les comorbidités
- Entreprendre des études de rentabilité sur les interventions qui se sont avérées efficaces pour réduire la transmission du VIH chez les usagers de drogues
- Lancer un programme de recherche multidisciplinaire sur la prévention et le traitement de la dépendance aux stimulants et aux substances appartenant au groupe amphétamines
- Développer des molécules de substitution pour les amphétamines et la cocaïne, comme la méthadone et la buprénorphine pour la dépendance aux opiacés
- Étendre le programme de recherche sur la prophylaxie pré-exposition aux usagers de drogues
- S'assurer que les études sur les nouvelles technologies de prévention, y compris les vaccins VIH, englobent des strates représentatives de personnes à risque d'exposition parentérale
- Impliquer les usagers de drogues dans toutes les recherches, et reconnaître ainsi leur expertise

Usagers de drogues

- Réclamer la promotion, la protection et l'accomplissement des droits de l'homme et de la dignité des usagers de drogues dans tous les aspects de la politique relative aux drogues et au VIH
- Organiser et participer à tous les aspects de la réponse au VIH mise en place pour les usagers de drogues
- Plaider pour l'amplification d'une combinaison de services associant PES, TSO et ART
- Participer au développement d'alternatives, communautaires et menées par les pairs, à la détention et aux autres formes de traitement forcé ou obligatoire

PES = Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.

TSO = traitement de substitution aux opiacés.

ART = traitement antirétroviral.

UDI = usager de drogues injectables.

cueillies par Strathdee et coll.,⁵ une diminution de la brutalité policière pourrait réduire 19% l'incidence des infections VIH à Odessa, Ukraine, montrant ainsi que les droits de l'homme sont bien plus que des impératifs moraux ou éthiques : ce sont des déterminants sociaux des risques VIH. Wolfe coll.³ soulignent une autre interaction cruciale entre droits et santé chez les usagers de drogues – les effets de la stigmatisation et de la discrimination sur l'accès aux soins et au traitement. Ils affir-

	Nombre estimé d'usagers de drogues injectables*	Nombre estimé d'UDI infectés par le VIH *†	Nombre d'UDI séropositifs pour le VIH recevant un ART sur 100 UDI séropositifs estimés‡	Proportion estimée de personnes vivant avec le VIH s'injectant des drogues/ proportion de toutes les personnes recevant un ART qui sont UDI (ratio)§¶	Nombre de clients TSO pour 100 UDI	Aiguilles-seringues distribuées par les PES par UDI et par an‡	Nombre d'usagers en détention
Chine	2 350 000	289 000 (143 000–557 000)	3	38,5/10,7 (28)	3	32 (1–84)	330 000
Malaisie	205 000	21 000 (18 000–25 000)	9	70/25 (36)	2**	9 (7–13)	50 305
Russie	1 825 000	678 000 (4 000–1 751 000)	1	83/20–30 (24–36)	0	4 (3–5)	62 200–366 700††
Ukraine	325 000–425 000‡‡	94 000‡ (2 000–244 000)	9	60,5/24 (40)	2	32 (23–43)	57 800§§
Vietnam	135 000	49 000 (3 000–89 000)	4	44/6,3 (14)	1	189 (107–323)	Environ 100 000¶¶
USA	1 857 000	308 000 (113–580 000)	NA	NA	13	22 (15–31)	19,5% des prisonniers d'État (2005) et 53% des prisonniers condamnés par l'État fédéral (2007)

UDI = usager de drogues injectables. ART = traitement antirétroviral. PES = programmes d'échange d'aiguilles et seringues. NA = non disponible. * Ces estimations sont reprises à Mathers et al.¹⁰ Les détails des sources des estimations sont présentés dans cet article. † À noter que le nombre d'UDI séropositifs pour le VIH est indicatif. Il renvoie à la prévalence moyenne du VIH chez les UDI dans ce pays, appliqué au nombre moyen estimé de personnes utilisant des drogues injectables dans le pays. Des incertitudes existent concernant ces deux estimations ; voir la référence 10 pour les détails. ‡ Ces estimations sont présentées par Mathers et al.¹⁹ Les détails des sources des estimations sont présentés dans cet article. § Ces estimations sont présentées par Wolfe et al.³ Les détails des sources des estimations sont présentés dans cet article. ¶ Un ratio de 1,0 signifierait que les personnes ayant des antécédents d'usage de drogues injectables ont essentiellement un accès au ART égal à celui des personnes ayant d'autres risques d'exposition au VIH. La région Europe de l'Ouest de l'OMS a un ratio combiné pour 28 de ses 89 États membres. || Couverture en méthadone, buprénorphine, ou les deux. ** En Malaisie, environ 10 000 personnes recevaient un TSO par l'intermédiaire de prestataires privés en 2009, personnes qui ne sont pas incluses dans cette estimation du secteur public. †† Les estimations pour la Russie sont basées sur les taux moyens d'incarcération pour 100 000 dans Stuckler et al. (670 pour 100 000 individus)⁴¹ et dans Dolan et al. (532 pour 100 000 individus),⁵⁷ et sur la proportion estimée de personnes emprisonnées ayant des antécédents d'usage de drogues dans Dolan et al.,⁵⁷ d'où un taux estimé allant de 8 à 43% des prisonniers. ‡‡ Le taux estimé pour l'Ukraine date de 2006 et provient d'AIDS Alliance.⁵⁸ §§ Les estimations concernant l'Ukraine sont basées sur les taux d'incarcération de Dolan et al.⁵⁷ et sur ceux du profil pays de l'Ukraine réalisés par l'US Department.⁵⁹ ¶¶ L'estimation pour le Vietnam est issue du rapport 2009 de l'OMS.²² |||| La population carcérale totale était de 2,293 millions en 2007 aux États-Unis, les taux d'emprisonnement pour les infractions liées aux drogues varient en fonction des États et des condamnations fédérales.⁶⁰⁻⁶²

Tableau : Mesures de la réponse au VIH chez les usagers de drogues injectables dans six pays sélectionnés : une évaluation matricielle, 2008–10^{3,4,20}

ment que dans les cinq pays où l'épidémie de VIH était la plus importante en 2008 chez les usagers de drogues, ces derniers représentaient 67% des cas de VIH mais seulement 25% de ceux qui recevaient des traitements antirétroviraux. La réforme structurelle que nous préconisons s'attaquerait aux obstacles qui réduisent systématiquement les chances d'une personne de recevoir des traitements antirétroviraux sur la base d'un mode présumé d'acquisition du VIH.

Faire que les changements arrivent

Un programme ambitieux mais réalisable sauverait des vies d'usagers de drogues, préviendrait les infections par le VIH, réduirait les risques sociaux liés à l'usage de substances, protégerait les droits de l'homme et permettrait de faire des économies (encadré 4). Comment et par qui le mettre en place ?

Les gouvernements

Les gouvernements ont un rôle crucial à jouer en ce qui concerne les facteurs structurels des environnements favorisant ou renforçant les risques. Les obstacles politiques et législatifs à la combinaison de mesures efficaces pour réduire les risques persistent. L'un des nombreux exemples négatifs en est la farouche opposition politique en Russie à la méthadone, à la buprénorphine et aux autres thérapies de substitution. Comme l'ont montré Wolfe et coll.,³ de nombreux États doivent mettre un terme à la discrimination dont sont victimes les patients ayant des antécédents de dépendance en matière d'accès aux ART. La décriminalisation pour possession personnelle, comme c'est déjà le cas au Portugal (encadré 1) et dans plusieurs

autres juridictions, devrait être envisagée comme une manière de sortir des politiques coûteuses et inefficaces de pénalisation. Si les efforts portant sur l'interdiction et l'application de la loi sur les drogues doivent et devront rester un élément important de tout programme national sur les drogues, ils devront être balancés par des efforts en matière de santé publique. L'application de la loi, la santé publique et les secteurs relatifs au traitement pourraient travailler plus étroitement ensemble pour s'assurer que les usagers de drogues bénéficient d'un accès maximal aux traitements basés sur les preuves, et que les ressources des services de l'ordre sont utilisées pour combattre le crime, pas pour gérer les patients dépendants. Résumée dans un commentaire de Wood et coll.,⁵⁶ la Déclaration de Vienne 2010 appelle à réexaminer le recours à l'incarcération en cas de dépendance aux drogues, un appel que nous soutenons vigoureusement.

Nous appelons les gouvernements à poursuivre l'objectif de l'accès universel aux traitements basés sur les preuves pour l'usage de drogues comme un engagement à sauver des vies, à réduire la demande de drogues et à respecter les droits humains. S'ensuivront une baisse de l'offre et des revenus criminels qui y sont liés, comme cela a déjà été montré dans les contextes où cette approche a été mise en place. Les progrès réalisés afin d'atteindre cet objectif pourraient être mesurés dans les années qui viennent, et faire l'objet d'un examen en 2015, quand les États membres des Nations Unies se pencheront à nouveau sur l'efficacité de la politique des drogues et sur les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), dont ceux relatifs à la santé.²⁷

Les collaborateurs de cette Série proposent d'utiliser une évaluation matricielle mesurant l'accès aux thérapies antirétrovirales, la couverture de ces traitements, l'accès aux TSO et aux PES, ainsi que le nombre d'usagers de drogues en détention administrative (tableau). Une évaluation qui servira à évaluer la réponse globale à l'infection VIH chez les usagers de drogues au cours des deux années suivantes. Nous invitons toutes les parties intéressées à nous rejoindre dans cette évaluation et dans l'affinement des mesures utilisées. D'autres mesures existent pour rendre des comptes, dont les rapports contre les indicateurs de suivi de la Session Spéciale sur le SIDA de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2001, qui comptera un nombre record d'États en 2010 (169 à la fin du mois de mars ; communication personnelle de Hankins C, ONUSIDA, Genève, Suisse). Les guides techniques de l'OMS, de l'UNODC et d'ONUSIDA serviront à définir les cibles de l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement et aux soins pour les UDI.⁶³

Les donateurs

Comme le montrent les estimations de la couverture actuelle, les réponses programmatiques à l'infection VIH chez les usagers de drogues restent inadéquates. Le financement par les donateurs des efforts efficaces et basés sur les résultats pour contrôler le VIH doit être considérablement accru pour répondre à ces besoins hors du commun. L'élargissement massif de l'accès aux PES, aux TSO et aux thérapies antirétrovirales, et de leur couverture, auquel nous avons appelé, exigera le soutien des donateurs et des gouvernements – mais les faits suggèrent que des gains importants peuvent être réalisés dans le domaine de la prévention du VIH et du contrôle de l'épidémie, comme dans la réduction d'autres risques humains et sociaux liés à l'usage de substances.

Les donateurs doivent en outre réaliser à quel point le soutien est actuellement orienté vers des efforts qui sont, au mieux, inefficaces, au pire, vraiment nuisibles. Human Rights Watch a récemment appelé à la fermeture immédiate des centres de détention des usagers de drogues en Chine car ils n'ont pas démontré leur efficacité pour traiter l'usage de drogues, tout en violant systématiquement les lois chinoises et internationales relatives aux droits de l'homme.⁴⁷ Nous sommes d'accord pour dire que la détention forcée sans procès légal adapté est une approche inacceptable du traitement de l'usage de drogues, et nous appelons les donateurs à aider les gouvernements à mettre rapidement en place des alternatives efficaces, abordables et humaines. Il est incontestable que les usagers de drogues incarcérés ont grand besoin de traitements efficaces pour l'usage de drogues, d'interventions pour prévenir la transmission du VIH, ainsi que de dépistages, traitements et soins pour l'infection VIH et la tuberculose. Les donateurs doivent trouver le juste milieu pour répondre aux besoins et s'occuper en même temps des problèmes sous-jacents en soutenant les alternatives à la détention des personnes dépendantes des drogues. Les donateurs devraient également agir pour remédier aux abus, comme la détention sans procès adéquat, le droit de faire appel, l'évaluation du traitement ou la représentation légale. La détention avec ou sans procès de ceux dont le seul

crime est la dépendance à la drogue n'est pas une approche basée sur les preuves ou affirmant les droits de l'homme, et les donateurs ne devraient pas la financer.

Les prestataires de services

Le traitement et les soins des patients infectés par le VIH présentant des antécédents d'usage de substances nécessitent que les prestataires de services comprennent et prennent en charge l'ensemble des comorbidités médicales et psychiatriques pouvant affecter ces patients, telles que les hépatites virales, la tuberculose, les infections bactériennes et les maladies mentales. La formation aux thérapies médicamenteuses est un élément clé de la compétence du prestataire – avec un dosage approprié, cette thérapie peut augmenter l'adhérence aux traitements antirétroviraux et à d'autres médicaments, tout en diminuant les comportements à risque face au VIH et la charge virale de VIH-1.⁶ Les prestataires et leurs organisations professionnelles ne doivent cependant pas se contenter du seul traitement des patients. Ils doivent plaider pour une gestion basée sur les preuves des patients dépendants et lutter contre les approches punitives, forcées et axées sur la détention pour les soigner. Une évaluation simple de l'accès aux traitements antirétroviraux pourrait être la comparaison utilisée par Wolfe et coll.³ pour estimer la proportion d'infections VIH attribuables à l'usage de substances dans la population et celle de personnes prenant des traitements antirétroviraux avec des antécédents d'usage de drogues. Des proportions qui devraient être équivalentes. Si les usagers de substances sont sous-représentés dans les populations recevant des traitements, les prestataires devraient militer pour un accès élargi, au nom de la santé et des droits de l'homme. Le plaidoyer des prestataires en faveur des usagers de drogues est nécessaire, dans les services de santé comme dans le domaine judiciaire. Les prestataires ne devraient plus être complices de programmes et de politiques qui ne sont pas basés sur les preuves ou qui violent les droits de l'homme.

Les chercheurs

Le programme de recherche sur le VIH chez les usagers de drogues est vaste et captivant. L'ensemble des travaux ayant démontré l'efficacité des efforts de réduction des risques est fondamental, et a parfois servi de référence dans d'autres domaines de la lutte contre le SIDA. Certains éléments restent cependant négligés dans la réponse globale face au SIDA lié à l'usage de drogues. Le besoin urge pour la recherche d'améliorer les approches combinées pour prévenir l'infection VIH chez les usagers de drogues et faire avancer le traitement de l'infection VIH, de la dépendance aux drogues et des comorbidités. Un programme multidisciplinaire de recherche sur la prévention et le traitement de l'usage des stimulants et des substances du groupe amphétamines devrait également être mis en place. Les données de l'essai sur la prophylaxie pré-exposition étant désormais disponibles, une enquête sur la fourniture d'une telle prophylaxie aux usagers de drogues pourrait être nécessaire. Les études sur les nouvelles technologies de prévention, dont les essais vaccinaux VIH, doivent systématiquement inclure des strates représentatives de personnes à risque d'exposition

parentérale ; sinon, l'accent pourrait être mis sur des vaccins ayant une efficacité incertaine dans de larges populations où ces risques prédominent.⁶⁵

Les usagers de drogues

Les usagers de drogues sont souvent les mieux informés et les plus aptes à toucher leurs pairs, y compris ceux qui ne reçoivent pas de traitement et de soins.⁶⁶ Ils fournissent soins et soutien à leurs pairs, tout en plaçant avec succès pour leurs droits et leur dignité.⁶⁷ Il faut renforcer le pouvoir des réseaux d'usagers de drogues, les engager dans l'action, et les considérer comme des partenaires dans la lutte contre l'épidémie. Inclure les personnes concernées de manière constructive dans les réponses destinées à sauver leurs vies est un impératif moral relevant des droits de l'homme.

Dans beaucoup de contextes, les usagers de drogues sont les seuls à offrir leurs services, souvent à leur propre risque. L'apparition du Réseau International des Usagers de Drogues (International Network of People Who Use Drugs, INPUD) est un exemple de la manière dont cette communauté commence à s'organiser et à se mobiliser : ce réseau a récemment rejoint la Délégation ONG au Conseil de coordination du programme ONUSIDA.⁶⁸ INPUD a lancé un appel pour mettre fin à la guerre contre les drogues : "La propagation du VIH, de l'hépatite C et l'emprisonnement de plusieurs milliers de personnes sont les conséquences directes de politiques totalement malavisées, basées sur des dogmes. Le Réseau International des Usagers de Drogues (INPUD) appelle à mettre un terme à cette guerre qui nous est faite et à ouvrir une nouvelle période de paix et de débat intelligent et ouvert."⁶⁸

Conclusions

Atteindre les objectifs fixés dans cette Série sur le VIH chez les usagers de drogues nécessite de ne pas en rester aux approches de santé publique. Si les secteurs du contrôle des drogues et de l'application des lois ne font pas partie des nouvelles approches, les programmes de réduction des risques seront fermés, les cliniques assurant les traitements de substitution resteront peu fréquentées, et les ART et les interventions préventives auront une faible influence sur les usagers de drogues. Le contrôle des drogues et l'application des lois représentent pourtant l'un des domaines de la gestion globale du VIH qui a enregistré des succès remarquables et qui dispose d'une base solide de preuves pour une action complète. Si nous arrivons à mettre en place des politiques basées sur les preuves et respectueuses des droits de l'homme qui marchent, et à rejeter les politiques punitives et abusives qui échouent, les épidémies de VIH chez les usagers de drogues pourront être contrôlées, ceux qui en ont besoin pourront être traités avec succès, et les risques sociaux seront réduits.

Collaborateurs

CB, KMS, AK, MK, MS et SAS ont également contribué à la recherche, à la revue de la littérature et à la rédaction de ce rapport.

Comité de direction

Cet article fait partie de la Série *The Lancet Series* sur le VIH chez les usagers de drogues, qui a été développée et coordonnée par Chris Beyrer (Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, États-Unis); Steffanie Strathdee (University of California, San Diego, CA, États-Unis); Adeebe Kamarulzaman (University of Malaya, Kuala Lumpur, Malaisie); et Kasia Malinowska-Sempruch (Open Society Institute, Drug Policy Program, Varsovie, Pologne).

Conflits d'intérêts

MK fait partie du comité de l'International AIDS Vaccine Initiative et il est employé par le Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Tous les autres auteurs déclarent ne pas avoir d'intérêts conflictuels.

Remerciements

La Série a été financée par une bourse accordée par le Global Drug Policy Program de l'Open Society Institute au CB's Center for Public Health and Human Rights auprès de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA ; et elle a été en partie financée par la bourse DA027772-S1 de l'US National Institute on Drug Abuse, accordée au programme Santé Globale SAS de l'Université de Californie, San Diego, CA, USA. Nous remercions Chiara Buccello, Bradley Mathers, Louisa Degenhardt et les autres membres du Groupe de Référence des NU sur le VIH et sur l'Utilisation des Drogues Injectables qui ont fourni la figure 1, Ralf Jürgens et Daniel Wolfe pour leur révision attentive et Andrea Wirtz (Center for Public Health and Human Rights) pour son précieux travail sur le rapport depuis son commencement.

References

- Guinness L, Vickerman P, Quyyum Z, et al. The cost-effectiveness of consistent and early intervention of harm reduction for injecting drug users in Bangladesh. *Addiction* 2010; 105: 319–28.
- Vickerman P, Kumaranayake L, Balakireva O, et al. The cost-effectiveness of expanding harm reduction activities for injecting drug users in Odessa, Ukraine. *Sex Transm Dis* 2006; 33 (suppl 10): S89–102.
- Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60832-X.
- Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60742-8.
- Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60743-X.
- Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60829-X.
- Colfax G, Santos G-M, Chu P, et al. Amphetamine-group substances and HIV. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60753-2.
- Jürgens R, Csété J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60830-6.
- Backman G, Hunt P, Khosla R. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet* 2008; 372: 2047–85.
- Mathers B, Degenhardt L, Phillips B, et al, for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008; 372: 1733–45.
- Kwon J, Iversen J, Maher L, Law M, Wilson D. The impact of needle and syringe programs on HIV and HCV transmissions in injecting drug users in Australia: a model based analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 51: 462–69.

- 12 Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007; 102: 1454.
- 13 Le Vu S, Le Strat Y, Pillonel J, et al. Population-based HIV incidence in France, 2003 to 2008. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA, USA; Feb 16–19, 2010. Paper 36LB.
- 14 Wood E, Kerr T, Marshall B, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ* 2009; 338: b1649.
- 15 Santibanez S, Garfein R, Swartzendruber A, Purcell D, Paxton L, Greenberg A. Update and overview of practical epidemiologic aspects of HIV/AIDS among injection drug users in the United States. *J Urban Health* 2006; 83: 86–100.
- 16 Todd C, Abed A, Strathdee S, et al. HIV, HCV, and HBV infections and associated risk behavior in injecting drug users, Kabul, Afghanistan. *Emerg Infect Dis* 2007; 13: 1327–31.
- 17 Beyrer C, Patel Z, Stachowiak JA, et al. Characterization of the emerging HIV type 1 and HCV epidemics among injecting drug users in Dushanbe, Tajikistan. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2009; 25: 853–60.
- 18 UNAIDS. AIDS epidemic update, 2009. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp> (accessed March 8, 2010).
- 19 Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al, for the 2009 Reference to the UN on HIV and Injecting Drug Use. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet* 2010; 375: 1014–28.
- 20 Gelmon L, Kenya P, Oguya F, Chelugot B, Haile G. Kenya HIV prevention response and modes of transmission analysis. March, 2009. http://www.unaidsrsta.org/files/u1/Kenya_MoT_Country_Synthesis_Report_22Mar09.pdf (accessed April 15, 2010).
- 21 Niccolai LM, Shcherbakova IS, Toussova OV, Kozlov AP, Heimer R. The potential for bridging of HIV transmission in the Russian Federation: sex risk behaviors and HIV prevalence among drug users (DUs) and their non-DU sex partners. *J Urban Health* 2009; 86 (suppl 1): 131–43.
- 22 WHO. Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: an application of selected human rights principles. 2009. http://www.who.int/hiv/pub/idu/assess_treatment_users_asia/en/index.html (accessed March 8, 2010).
- 23 Grover A. The right to health, the rights-based approach, towards decriminalization (Oct 27, 2009). International Conference on Realising the Rights to Health and Development for All; Hanoi, Vietnam; Oct 26–29, 2009.
- 24 Baral S, Trapence G, Motimedi F, et al. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS One* 2009; 4: e4997.
- 25 Johnston L, Dahoma M, Holman A, et al. HIV infection and related risk behavior among men who have sex with men in Zanzibar, Tanzania. XVII International AIDS Conference; Mexico City, Mexico; Aug 3–8, 2008. Abstract WEPE742.
- 26 UNODC. World drug report 2009. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html> (accessed March 8, 2010).
- 27 UNODC. Addiction, crime, and insurgency: the transnational threat of Afghan opium. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Afghanistan/Afghan_Opium_Trade_2009_web.pdf (accessed March 8, 2010).
- 28 UNODC. Anti-Narcotics Force. Afghanistan opium survey 2009. http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2009_summary.pdf (accessed March 8, 2010).
- 29 Kheirandish P, Seyedalinaghi S, Hosseini M, et al. Prevalence and correlates of HIV infection among male injection drug users in detention in Tehran, Iran. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 53: 273–75.
- 30 UNODC, Regional Office for Central Asia. Illicit drug trends in central Asia: April, 2008. http://www.unodc.org/documents/regional/central-asia/Illicit%20Drug%20Trends_Central%20Asiafinal.pdf (accessed May 4, 2010).
- 31 Kamarulzaman A, Saifuddeen SM. Islam and harm reduction. *Int J Drug Policy* 2010; 21: 115–18.
- 32 Tee K, Pybus O, Li XJ, et al. Temporal and spatial dynamics of human immunodeficiency virus type 1 circulating recombinant forms 08_BC and 07_BC in Asia. *J Virol* 2008; 82: 9206–15.
- 33 Tovnanabutra S, Kijak G, Beyrer C, et al. Identification of CRF34_01B, a second circulating recombinant form unrelated to and more complex than CRF15_01B, among injecting drug users in northern Thailand. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2007; 23: 829–33.
- 34 Michael N. RV 144 update: Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thai adults (oral presentation, session 23). 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA, USA; Feb 16–19, 2010. Paper 74.
- 35 Tovnanabutra S, Beyrer C, Sakkhachornphop S, et al. The changing molecular epidemiology of HIV type 1 among northern Thai drug users, 1999 to 2002. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2004; 20: 465–75.
- 36 Lohman D, Schleifer R, Amon J. Access to pain treatment as a human right. *BMC Med* 2010; 8: 8.
- 37 WHO. Access to Controlled Medications Programme. Improving access to medications controlled under international drug conventions. 2009. <http://www.eapcnet.org/download/forOrganisations/PSM.AccessToControlledMedications.pdf> (accessed March 8, 2010).
- 38 Human Rights Watch. Human Rights Watch interview with Dr Weru of Nairobi Hospice, Nairobi, Kenya. “Please, do not make us suffer any more...”. In: Human Rights Watch, ed. Access to pain treatment as a human right. New York: Human Rights Watch, 2009.
- 39 Pain and Policy Studies Group, WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Opioid availability: eastern Europe and central Eurasian. Palliative care in cancer. Budapest, Hungary: Open Society Institute; 2005. <http://www.painpolicy.wisc.edu/publication/monograph/hungary05.pdf> (accessed April 5, 2010).
- 40 UNODC. UNODC. UNODC Narcotic Drugs Report on the fifty-third session (2 December 2009 and 8–12 March 2010). Vienna: UN Office on Drugs and Crime, 2010.
- 41 Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008; 105: 13280–85.
- 42 Mauer M, King R. Uneven justice: state rates of incarceration by race and ethnicity. Washington DC: The Sentencing Project, 2007.
- 43 Anon. Bad science and bad policy. *New York Times* (New York), March 3, 2010.
- 44 Khan MR, Doherty IA, Schoenbach VJ, Taylor EM, Epperson MW, Adimora AA. Incarceration and HIV-risk sex partnerships among men in the United States. *J Urban Health* 2009; 86: 584–601.
- 45 Choopanya K, Des Jarlais DC, Vanichseni S, et al. Incarceration and risk for HIV infection among IDU in Bangkok. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 29: 86–94.
- 46 Werb D, Kerr T, Small W, Li K, Montaner J, Wood E. HIV risks associated with incarceration among injection drug users: implications for prison-based public health strategies. *J Public Health (Oxf)* 2008; 30: 126–32.
- 47 Amon J. Where darkness knows no limits: incarceration, ill-treatment and forced labor as drug rehabilitation in China. New York: Human Rights Watch, 2010.
- 48 Rhodes T, Simic M. Transition and the HIV risk environment. *BMJ* 2005; 331: 220–23.
- 49 Lucas GM, Mullen BA, Weidle PJ, Hader S, McCaul ME, Moore RD. Directly administered antiretroviral therapy in methadone clinics is associated with improved HIV treatment outcomes, compared with outcomes among concurrent comparison groups. *Clin Infect Dis* 2006; 42: 1628–35.
- 50 Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, Meli S, Samet JH. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected

- people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction* 2004; 99: 361–68.
- 51 Palepu A, Tyndall MW, Joy R, Kerr T, Wood E, Press N. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend* 2006; 84: 188–94.
 - 52 WHO. Achieving balance in national opioids control policy: guidelines for assessment. 2000. <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/00whoabi/00whoabi.htm> (accessed April 25, 2010).
 - 53 WHO. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf (accessed March 10, 2010).
 - 54 Kates J, Lief E, Avila C. Financing the response to AIDS in low and middle income countries: international assistance from the G8, European Commission and other donor Governments. 2008. <http://www.unaids.org/uploads/group%20of%20eight%20funding%20for%20hiv.pdf> (accessed March 10, 2010).
 - 55 UNAIDS. Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. 2007. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1678_Fin_Res_Req_en.pdf (accessed March 10, 2010).
 - 56 Wood E, Werb D, Kazatchkine M, et al. Vienna Declaration: a call for evidence-based drug policies. *Lancet* 2010; published online July 20, 2010. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60958-0
 - 57 Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV, for the Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care Among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* 2008; 7: 32–41.
 - 58 Balakiryeva O, Gusak L, Dovbakh H, et al. Evaluation of the size of most-at-risk populations vulnerable to HIV infection in Ukraine: analytic report based on the research results. Kyiv: International Charitable Foundation “International HIV/AIDS Alliance in Ukraine”, 2006.
 - 59 US Department of State. Background note: Ukraine. 2009. <http://www.state.gov/r/pa/ci/bgn/3211.htm> (accessed May 14, 2010).
 - 60 Sabol WJ, West HC. Prisoners in 2007. Washington DC: US Bureau of Justice, 2008.
 - 61 Mumola C, Karberg J. Drug use and dependence, state and federal prisoners, 2004. Washington DC: US Department of Justice, 2006.
 - 62 Walsley R. World prison population list. London: Q2 International Centre for Prison Studies, King’s College, 2009.
 - 63 WHO, UNODC, UNODC. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html> (accessed March 10, 2010).
 - 64 CDC. CDC trials of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. <http://www.cdc.gov/hiv/prep/resources/factsheets/index.htm> (accessed June 11, 2010).
 - 65 Beyrer C, Baral S, Shaboltas A, et al. The feasibility of HIV vaccine efficacy trials among Russian injection drug users. *Vaccine* 2007; 25: 7014–16.
 - 66 Crofts N, Herkt D. A history of peer-based drug-user groups in Australia. *J Drug Issues* 1995; 25: 599–626.
 - 67 Wood E, Kerr T, Spittal P, Small W, Tyndall M, O’Shaughnessy M. An external evaluation of a peer-run “unsanctioned” syringe exchange program. *J Urban Health* 2003; 80: 455–64.
 - 68 International Network of People Who Use Drugs. Press Release: Give peace a chance, stop the failed war on drugs. 2009. <http://www.druguserpeaceinitiative.org/images/INPUDPressReleaseCND.pdf> (accessed March 9, 2010).

