



MODULE 4



Plaidoyer en matière de réduction des risques



But du Module 4

Elaborer des stratégies et des arguments promouvant des politiques des drogues qui protègent les usagers de drogues des infections, des discriminations, des overdoses et d'autres risques pouvant être évités.



Objectifs d'apprentissage

Les participants pourront:

- Comprendre et expliquer ce qu'est la réduction des risques et quels sont ses principes de base
- Comprendre comment les principes de la réduction des risques peuvent contribuer à une politique des drogues efficace et équilibrée
- Identifier les opportunités potentielles de développement de politiques de réduction des risques, ainsi que les obstacles pouvant être rencontrés
- S'accorder sur des actions à court, moyen et long terme pour promouvoir la réduction des risques au niveau local.



Notes pour l'animateur

Avant la séance, l'animateur devra réunir des données locales sur les risques liés aux drogues (ex. taux d'overdose, taux de propagation du sida et des hépatites B et C, prévalence au sein de la population en général et parmi les usagers de drogues injectables, taux d'incarcération) et la disponibilité des services de réduction des risques. Les données peuvent être rassemblées en envoyant des questionnaires aux participants avant la formation ou en visitant les ressources suivantes :

- Etat mondial de la réduction des risques de Harm Reduction international: <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction>;
- base de donnée sur le sida d'ONUSIDA: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>;
- Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), Pas seulement une zone de transit : drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest. <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/rapport/>
- Mathers et al (2008) 'The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review'. Lancet; 372(9651):1733-45
- Mathers et al (2010) 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage'. Lancet; 375(9719): 1014-1028
- The World Bank's database: <http://data.worldbank.org/>; Nelson et al (2011) 'Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews'. Lancet; 378(9791): 571-583

Introduction

Ce module examinera l'ensemble des pratiques et des principes définissant la *réduction des risques*.

Ces 100 dernières années, la plupart des politiques des drogues ont été fondées sur des perspectives idéologiques visant à créer « une société sans drogues », et l'Afrique de l'Ouest n'a pas dérogé à cette règle (Cf. [Module 1](#)). Les diverses expériences à travers le monde ont démontré que cet objectif est loin d'avoir été atteint: en effet les données historiques montrent qu'à l'échelle mondiale la majorité des sociétés ont connu un certain niveau de consommation de drogues. Au cours du [Module 3](#), nous avons vu que l'absence de systèmes de traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest pose un sérieux risque en termes de santé publique car cette carence peut exacerber les défis existants, tels que la propagation du VIH. Ceci est d'autant plus inquiétant lorsqu'on sait que le transit de la cocaïne, de l'héroïne et des stimulants de type amphétamine (STA) a engendré une augmentation de la consommation de drogues dans la région, plus particulièrement chez les jeunes.

Une approche de réduction des risques est de plus en plus considérée comme une nécessité politique en Afrique de l'Ouest pour travailler de façon pragmatique et avec compassion avec les usagers de drogues.

A sa base, la réduction des risques reconnaît que :

- De nombreuses personnes considèrent que leur consommation de drogues a des aspects positifs.
- De nombreuses personnes sont réticentes ou incapables d'arrêter de consommer de la drogue, même s'ils sont conscients des effets négatifs liés à leur consommation.
- De nombreux risques liés à la consommation de drogues peuvent être évités grâce à la mise en place d'interventions simples et peu coûteuses.

La réduction des risques vise à répondre à l'expérience unique de chaque usager de drogues en offrant des informations et un soutien accessibles, en intégrant ces interventions de réduction des risques au sein des services de santé de base, de médecine spécialisée, de traitement de la dépendance à la drogue, d'accès au

logement, du système de justice pénale, etc. La réduction des risques aborde la consommation de drogues comme un problème sanitaire, plutôt qu'un problème de justice pénale. Cette approche permet de réduire certains risques liés aux stratégies punitives centrées sur l'imposition de sanctions pénales contre les usagers de drogues. Ces stratégies punitives exacerbent la stigmatisation et la discrimination de ces derniers et dissuadent les personnes vulnérables d'accéder aux services de réduction des risques qui pourraient leur sauver la vie. La réduction des risques cherche à protéger les droits humains des usagers de drogues, en particulier les groupes vulnérables tels que les femmes, les jeunes, les minorités ethniques, etc.

Ce module étudiera en détails les interventions clés qui caractérisent la réduction des risques en Afrique de l'Ouest. Il considèrera aussi le concept et les valeurs de la réduction des risques, ainsi que les défis et obstacles pouvant entraver leur mise en place. Ces analyses constitueront la base du développement d'interventions efficaces de plaidoyer en matière de réduction des risques.

SÉANCE 4.1:

Activité: Définir la réduction des risques

SÉANCE 4.2:

Présentation: Pourquoi la réduction des risques est-elle importante ?

SÉANCE 4.3:

Activité: Les interventions de réduction des risques

SÉANCE 4.4:

Présentation: La réduction des risques en Afrique de l'Ouest

SÉANCE 4.5:

Activité: Les obstacles à la réduction des risques

SÉANCE 4.6:

Activité: Pairs, patients, prisonniers ou partenaires ?

SÉANCE 4.7:

Activité: Répondre aux préoccupations concernant la réduction des risques

Séance 4.1

Activité: Définir la réduction des risques


30 min


Objectif - Partager les expériences et les perspectives des participants sur la réduction des risques et proposer une définition que nous utiliserons tout au long de cette formation

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Divisez les participants en groupes de trois ou quatre personnes.
3. Coupez et distribuez les cartes du photocopié « [Les cartes de la réduction des risque](#) ».
4. Demandez aux participants de classer les cartes en trois catégories:
 - Ensemble complet d'interventions promues par l'ONU pour « prévenir le sida parmi les usagers de drogues injectables »¹
 - Autres services de réduction des risques
 - Services ne faisant pas partie d'une approche de réduction des risques.
5. Encouragez les participants à parler entre eux de tout désaccord pouvant émerger au cours des discussions. L'animateur devrait jouer un rôle clé pour valider, clarifier et combler toute lacune en passant de groupe en groupe. L'animateur devrait demander aux participants d'énumérer d'autres interventions de réduction des risques qui ne figurant pas sur la liste fournie dans le cadre de cet exercice.
6. En plénière, présentez la définition ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes) et demandez aux participants si cette définition correspond aux résultats de l'activité qu'ils viennent d'achever. Demandez-leur s'ils sont d'accord avec la définition donnée.
7. Pour en savoir plus, l'animateur pourra distribuer aux participants des copies du photocopié intitulé « [Les principes de la réduction des risques](#) ».



Notes pour l'animateur

Le concept de réduction des risques est généralement associé à la protection de la santé publique et des droits humains et est confiné à la consommation de drogues. Les risques associés au système de contrôle des drogues sont divers et variés : transmission de virus par voie sanguine tels que le VIH et l'hépatite, incarcération en masse des usagers de drogues, ou dommages causés aux fermiers et à leurs familles avec les projets d'éradication des cultures. Certains groupes utilisent dorénavant le terme de « réduction des risques » pour définir des activités ne se centrant plus uniquement sur la simple problématique santé. Dans ce module, l'animateur devra décider quelle définition appliquer (interprétation large ou restrictive) pour la réduction des risques, pourvu que cette définition soit en accord avec les principes listés ci-dessous.

✓ Informations à fournir dans cette présentation :

La « réduction des risques » fait référence aux politiques, aux programmes et aux pratiques qui visent essentiellement à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques liées à la consommation légale ou illégale de drogues psychoactives, sans nécessairement réduire les taux de consommation. Elle est bénéfique pour les consommateurs de drogues, leur famille et la communauté dans son ensemble. Enfin, il s'agit d'une approche solidement ancrée dans la santé publique et les droits humains.

La réduction des risques est basée sur certains principes fondamentaux. Elle :

- **Cible les risques et les dommages** : la réduction des risques consiste tout d'abord à identifier les risques et dommages chez les personnes ou groupes de personnes qui consomment de la drogue dans un contexte donné, à définir les causes de ces risques et ces dommages, et à analyser les méthodes et mécanismes disponibles pour réduire ou éliminer ces risques.
- **Est fondée sur des preuves tangibles et le principe de rentabilité** : les services de réduction des risques sont fondés sur les preuves les plus probantes et sur les exemples de bonnes pratiques dans le domaine de la santé publique. Ces interventions sont peu coûteuses, faciles à mettre en œuvre et ont un impact important sur la santé des consommateurs et des communautés.
- **Est progressive** : les interventions de réduction des risques reconnaissent l'importance que tout changement positif peut avoir sur la vie d'une personne. Elles sont progressives, plutôt que contraignantes, s'adaptent aux besoins de chaque personne et se basent enfin sur des mesures concrètes et réalisables afin de réduire les risques immédiats associés à la consommation de drogues.
- **Est basée sur la dignité et la compassion** : la réduction des risques perçoit les usagers de drogues comme des membres à part entière de la communauté, mais aussi comme des amis, des proches et des partenaires. Par conséquent, la réduction des risques rejette la discrimination, les clichés et la stigmatisation.
- **Reconnait l'universalité et l'interdépendance des droits humains** : la réduction des risques respecte les principes internationaux en matière de droits humains.
- **Remet en question les politiques et les pratiques qui augmentent les risques** : de nombreux facteurs contribuent aux risques et aux dommages liés à la consommation de drogues : le comportement et les choix des personnes, l'environnement dans lequel les drogues sont consommées et les lois et politiques destinées à contrôler cette consommation. La réduction des risques cherche à répondre à tous ces facteurs afin de protéger les droits humains et la santé des personnes touchées.
- **Valorise la transparence, la responsabilité et la participation** : les prestataires de services de réduction des risques, les donateurs, les fonctionnaires et toute autre personne pertinente doivent être tenus responsables de toute action entreprise envers les usagers de drogue. La réduction des risques assure cette responsabilité en mettant en avant la participation et le rôle clé des usagers de drogues dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des programmes qui les concernent.
- **Répond aux besoins spécifiques de divers groupes vulnérables**, plutôt que d'offrir une solution universelle.

1. Cf: Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Joint des Nations Unies sur le VIH/Sida (2013), *Guide technique de l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA pour aider les pays à fixer des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les usagers de drogues injectables - Version de 2012* (Genève: OMS), <http://idpc.net/fr/publications/2013/01/guide-technique-de-l-oms-l-onudc-et-l-onusida-pour-aider-les-pays-a-fixer-des-objectifs-pour-l-acces-universel-a-la-prevention-au-traitement-et-aux-soins-du-vih-sida-pour-les-usagers-de-drogues-injectables-version-2012>

Séance 4.2

Présentation: Pourquoi la réduction des risques est-elle importante ?



20 min

**Objectif - Analyser les diverses justifications mises en avant pour une approche basée sur la réduction des risques**

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Rappelez aux participants que lors de la Séance [2.3](#), nous avons vu que l'un des principes fondamentaux d'une politique des drogues efficace était le suivant : « les politiques des drogues doivent viser à réduire les conséquences négatives, plutôt que l'ampleur, de la consommation de drogues et des marchés noirs ». Lors de la Séance [1.5](#), nous avons identifié certaines de ces conséquences négatives.
3. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).

**Informations à fournir dans cette présentation :**

Bien que de nombreuses personnes consomment de la drogue sans éprouver le moindre problème, pour certaines personnes l'usage de drogues peut conduire à diverses **conséquences pour leur santé, pouvant cependant être évitées**. Ces conséquences incluent notamment des infections des tissus mous, la transmission de virus et/ou d'infections sexuellement transmissibles tels que le sida et les hépatites B et C par voie sanguine à travers l'usage de matériel d'injection non-stérile, les overdoses, et l'exacerbation de maladies mentales et physiques. Dans de nombreux contextes, ces risques peuvent être exacerbés par des politiques des drogues répressives et punitives qui finissent par dissuader les personnes d'accéder aux services de santé et de soutien dont ils ont besoin. Les interventions de réduction des risques cherchent à minimiser ces risques sanitaires.

La réduction des risques cherche également à minimiser les risques causés par les politiques publiques et la stigmatisation des usagers de drogues. Dans la plupart des pays, le contexte politique a conduit à la pénalisation et à l'incarcération des usagers de drogues. Ces politiques ont eu des conséquences sérieuses sur leurs opportunités d'accéder aux services de santé, d'obtenir un emploi, d'accéder à un logement et à un soutien social et même sur leur droit à la garde légale de leurs enfants. Du fait de leur criminalisation, les usagers de drogues sont souvent discriminés en milieu médical ou peuvent se voir refuser des soins médicaux. Certains groupes de consommateurs de drogues (tels que les femmes, les jeunes et les minorités ethniques) sont confrontés à une stigmatisation sociale et culturelle encore plus importante. La réduction des risques remet en question cette marginalisation. Cette approche est donc souvent perçue comme étant fondée sur la santé publique, mais aussi sur les droits humains.

Les données suivantes expliquent pourquoi la réduction des risques est une approche vitale en Afrique de l'Ouest:

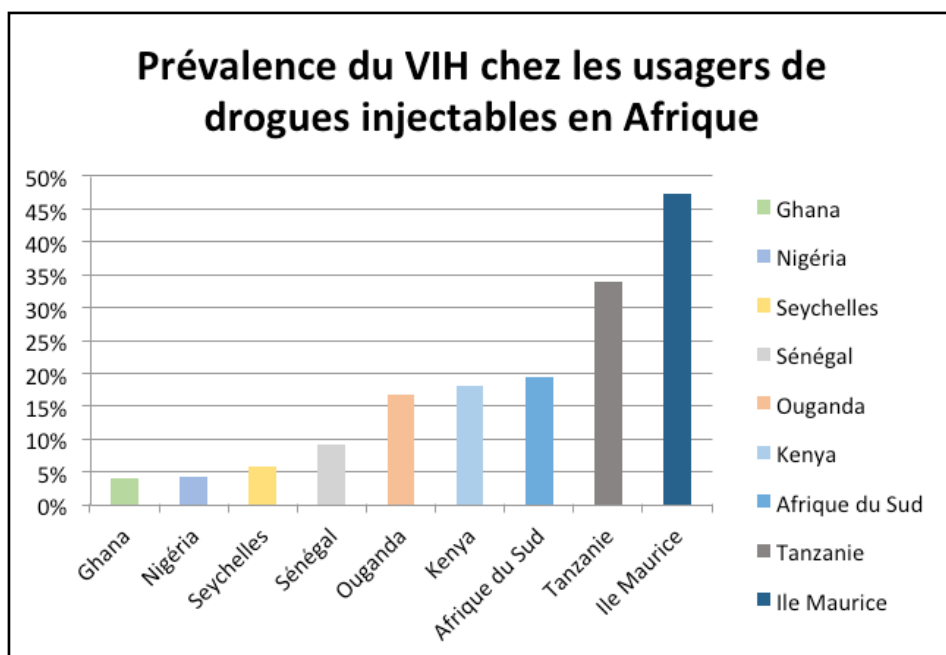
- Environ 12,7 millions de personnes s'injectent des drogues à travers le monde, dont plus de 13% vivent avec le VIH.¹
- En Afrique subsaharienne, on estime à 1 million le nombre de personnes qui s'injectent des drogues. Parmi elles, entre 5 et 10% sont séropositives.² Bien que le Pro-

**Notes pour l'animateur**

Remplacez ces données avec des données locales, ou ajoutez un maximum de données locales aux informations contenues dans cette présentation.

gramme Commun des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA) ait rapporté une baisse de 34% du nombre annuel de nouvelles infections au VIH chez les adultes en Afrique subsaharienne depuis 2001,³ les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH dans la région pourraient être perdus si le problème du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues n'est pas abordé rapidement. Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues est en augmentation:

- 4% au Ghana
- 4,2% au Nigéria (où 9,1% des nouvelles infections au VIH sont désormais attribués à l'usage de drogues injectables)
- 9,1% au Sénégal (comparé à moins de 1% chez la population générale)
- 16,7% en Ouganda
- 18% au Kenya
- 19,4% en Afrique du Sud
- 33,9% en Tanzanie
- 47,4% à l'île Maurice⁴



Source: Etat mondial de la réduction des risques, 2014

- La prévalence du VIH dans un certain nombre de pays (Sénégal, Tanzanie et autres) tend à être beaucoup plus élevée chez les femmes qui s'injectent des drogues que chez les hommes : la prévalence du VIH chez les consommatrices de drogues injectables est entre 5 et 15% plus élevée que chez les hommes au Nigéria, et entre 55 et 68% plus élevée en Tanzanie. Au Sénégal, le taux de prévalence est de 21,1% chez les femmes et de 7,5% chez les hommes. Cela peut s'expliquer par le fait que certaines femmes participent à des pratiques à haut risque à cause de l'inégalité des sexes, de leur dépendance vis-à-vis de leurs partenaires masculins et leur possible implication dans le travail du sexe.⁵
- Environ 10 millions d'usagers de drogues injectables sont aussi infectés par l'**hépatite C** dans le monde, ce qui représente 60% des usagers de drogues injectables, dont environ 800 000 vivent en Afrique sub-saharienne.⁶ Dans de nombreux pays d'Europe de l'Est, du Moyen-Orient et d'Asie, le sida et l'hépatite C sont principalement transmis par l'injection de drogues. La transmission du sida par injection de drogues est récemment devenue commune en Afrique Sub-saharienne, où la prévalence de consommation de drogues injectables approche désormais la moyenne mondiale. Au Sénégal, la prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables a dépassé les 23%.⁷
- **Les overdoses** constituent aujourd'hui une cause majeure de mortalité dans de nombreuses régions du monde.
- **La consommation de drogues non-injectables** peut aussi être associée à de graves conséquences sanitaires. La consommation de cocaïne, de stimulants de type amphétamine tels que la méthamphétamine et de médicaments prescrits a aussi augmenté dans de nombreuses régions du monde, ainsi qu'en Afrique de l'Ouest :

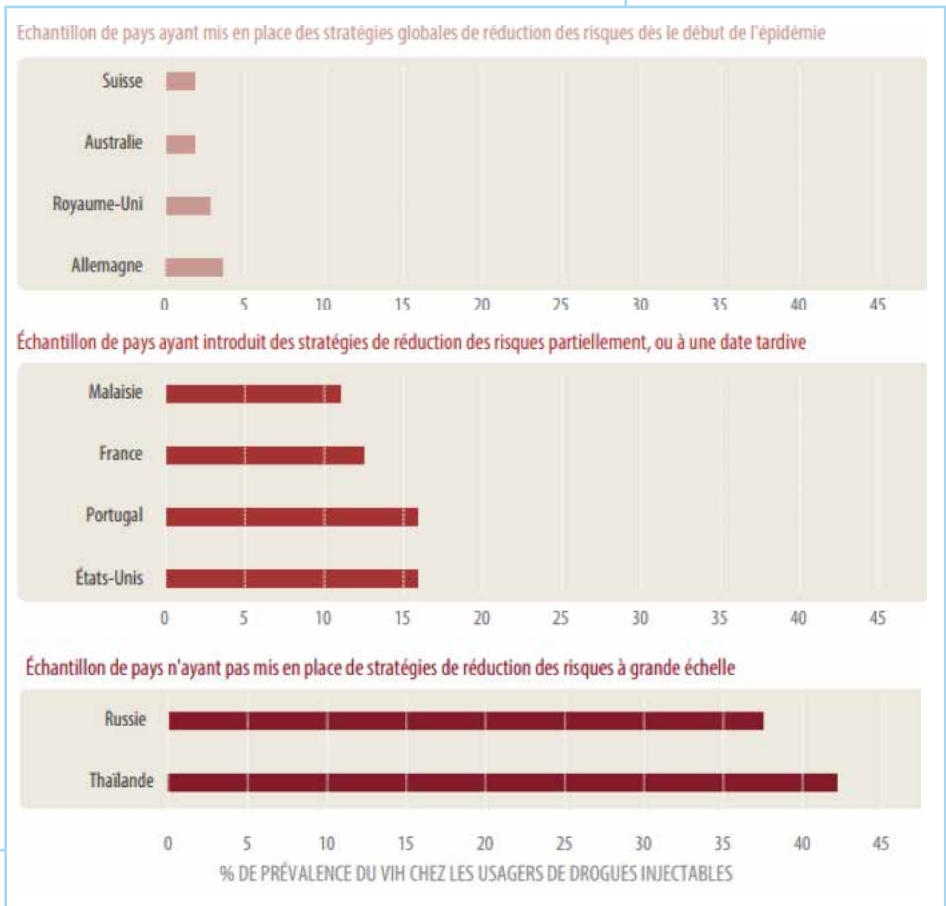
- Dans certains contextes, la consommation de drogues non-injectables peut être associée à une augmentation des risques de transmission du sida par voie sexuelle. Ceci est dû au fait que les usagers de cocaïne, de STA ou d'autres substances sont moins susceptibles d'utiliser un préservatif sous l'influence de la drogue,⁸ mais aussi au fait que certains usagers dépendants peuvent se tourner vers le commerce du sexe pour alimenter leur dépendance, les rendant plus vulnérables à l'infection à VIH et à d'autres MST
- Le partage de matériel pour fumer une drogue peut augmenter les risques de transmission de l'hépatite C
- La consommation de stimulants peut causer de l'hypertension, des troubles psychiatriques aigus, des épisodes de déshydratation et autres dommages
- Les drogues inhalées peuvent causer des infections aux poumons et autres complications médicales (telles que le cancer).

Les preuves à l'appui des interventions de réduction des risques

Il existe une abondance de preuves au niveau mondial démontrant l'efficacité des interventions de réduction des risques. En 2011, la Commission Mondiale pour la Politique des Drogues a produit trois graphiques qui montrent les taux de prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues dans les contextes suivants :

1. dans les pays qui ont constamment mis en œuvre des services complets de réduction des risques dès le début de leur épidémie de VIH;
2. dans d'autres pays ayant adopté des stratégies de réduction des risques de manière partielle, ou plus tardivement; et
3. dans les pays qui résistent à la mise en œuvre de ces stratégies.

Les graphiques montrent que les taux de prévalence du VIH sont significativement plus faibles dans le premier groupe de pays, par rapport au deuxième groupe, et de manière encore plus prononcée par rapport au troisième groupe.⁹



1. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2014), *Rapport Mondial sur les Drogues 2014*, <http://www.unodc.org/wdr2014/>
2. Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*, www.ihra.net
3. Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et le sida (2013), *Rapport Mondial 2013* http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf
4. Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*, www.ihra.net
5. Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*, www.ihra.net
6. Nelson, P.K. et al (2011), 'Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: Results of systematic reviews', *The Lancet*, **378**(9791): 571-83, <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2811%2961097-0.pdf>
7. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, état et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>
8. Cf.: Plan d'action de l'Union Africaine sur la lutte contre la drogue et la prévention du crime (2013-2017), p. 4, <http://sa.au.int/en/sites/default/files/AUPA%20on%20DC%20%282013-2017%29%20-%20English.pdf>
9. Commission Mondiale pour la politique des drogues (2011), *La guerre aux drogues : Rapport de la Commission Mondiale pour la politique des drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf

MODULE 4

Séance 4.3

Présentation: La réduction des risques en Afrique de l'Ouest

 40 min

Objectif – Examiner la variété et l'accessibilité des services de réduction des risques en Afrique de l'Ouest

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de penser aux services de réduction des risques disponibles dans leur pays/région et de les énumérer sur une feuille de tableau de conférence.
3. Demandez aux participants de discuter de la disponibilité et de la qualité de ces services.
4. Présentez les diapos et distribuez le polycopié intitulé « L'état de la réduction des risques en Afrique subsaharienne ».

Notes pour l'animateur

Etant donné l'évolution constante de la réduction des risques, si les participants partagent des informations qui contredisent ce qui est présenté ci-dessous, merci de nous le faire savoir pour que nous puissions mettre nos données à jour.

Informations à fournir dans cette présentation :

L'état des services de réduction des risques en Afrique de l'Ouest

Au niveau mondial, environ 90 pays et territoires soutiennent une approche de réduction des risques dans leurs politiques ou leurs pratiques (données de 2014). Dans certaines régions, les services de réduction des risques ont été multipliés et améliorés, et des services innovants sont désormais disponibles pour prévenir un grand nombre de risques liés aux drogues.¹

Comme nous avons pu le constater lors de la Séance 4.2, la consommation d'héroïne, de cocaïne et de STA (qui est en train d'augmenter en Afrique de l'Ouest) entraîne des risques sanitaires. Cependant, l'accès aux interventions de réduction des risques dans la région est encore limité. Seulement quelques pays africains ont des programmes de réduction des risques :

La politique nationale fait référence à la réduction des risques	Kenya, Ile Maurice, Tanzanie
Thérapie de Substitution aux Opiacés (TSO)	Burkina Faso, Kenya, Maurice, Sénégal, Seychelles, Afrique du Sud, Tanzanie
Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES)	Kenya, Malawi, Maurice, Sénégal, Afrique du Sud, Tanzanie
Traitement Assisté par l'Héroïne	Aucun
Etablissements d'injection sécurisée	Aucun
Programmes de naxolone à domicile pour prévenir les overdoses	Aucun

Aucun pays ouest-africain n'a actuellement de politique nationale qui se réfère explicitement à la réduction des risques, et seulement deux pays de la région offrent le TSO – le Burkina Faso (services privés seulement) et le Sénégal (depuis 2014). Seul le Sénégal fournit des aiguilles et des seringues stériles aux usagers de drogues injectables (également depuis 2014), même si un projet pilote est actuellement en discussion au Nigeria. D'autres services, tels que le traitement assisté par l'héroïne, les établissements d'injection sécurisée, et les médicaments pour inverser les overdoses d'opiacés ne sont pas disponibles non-plus en Afrique sub-saharienne.

A travers le monde, même lorsque les interventions de réduction des risques existent, la couverture mondiale reste terriblement faible. On estime globalement que seules deux aiguilles et seringues sont distribuées par personne chaque mois. Seulement 8% des personnes qui s'injectent des drogues ont accès au TSO, et 4% des personnes dans le besoin reçoivent un traitement antirétroviral.² L'accès à ces services est souvent limité par le fait que les usagers de drogues sont souvent stigmatisés, criminalisés et se voient refuser l'accès aux services pour des raisons idéologiques.

Documents régionaux qui soutiennent la réduction des risques en Afrique

- **Le Plan d'action de l'Union Africaine (AUPA) sur la lutte contre la drogue (2013-2017)³**

Pour la première fois, l'Union Africaine (UA) a adopté un plan d'action en Octobre 2012 qui souligne la nécessité de « prêter une plus grande attention aux conséquences sanitaires et sociales de la consommation de drogues », en plus des approches de maintien de l'ordre. En tant que tel, l'un des quatre domaines prioritaires du Plan d'action est le développement de « services étendus fondés sur des données factuelles pour lutter contre l'impact sanitaire et social de la consommation de drogues dans les Etats membres ». Bien que le Plan d'action ne mentionne pas explicitement la « réduction des risques », il mentionne, comme résultat prioritaire, « la mise en œuvre de services de prévention de l'usage illicite de drogues et de la dépendance, de traitement et de suivi des consommateurs de drogue qui soient complets, accessibles, fondés sur des données factuelles, axés sur les normes d'éthique et les droits humains ». En outre, la « Matrice de mise en œuvre » appelle les Etats membres à fournir « le paquet complet de mesures de prévention, de traitement et de soins du VIH chez les usagers de drogues injectables et non-injectables, les populations les plus à risque et en milieu carcéral » (cf. Résultat 2.4.3).⁴ Bien que les documents ne soient pas contraignants, ils reconnaissent l'importance des interventions de réduction des risques dans la région.

- **Le Plan d'action régional de la CEDEAO pour la lutte contre trafic illicite de drogues, le crime organisé et l'abus de drogues en Afrique de l'Ouest (2008-2011) – prolongé jusqu'à la fin 2014⁵**

Le Plan d'Action régional de la CEDEAO appelle à une harmonisation des politiques des drogues et des politiques sur le VIH au niveau régional, et à la mise en œuvre de programmes qui intègrent les services de drogue et de prévention du VIH. Le Plan demande également la mise en place de services de santé intégrés qui prennent en compte la santé mentale, le VIH/sida et l'usage de drogues. De même, le Résultat 15 du Plan d'action régional de la CEDEAO est présenté comme suit: « Un réseau de centres de traitement est établi et les meilleures pratiques en matière de traitement de l'abus de drogue, y compris la prévention du VIH pour les groupes vulnérables, sont mises en œuvre dans les pays d'Afrique de l'Ouest sélectionnés ».

- **La Déclaration d'Abuja – Déclaration politique sur la prévention de l'usage de drogues, du trafic illicite de drogues et du crime organisé en Afrique de l'Ouest, 2008⁶**

La Déclaration d'Abuja soulève également des préoccupations en ce qui concerne les risques sanitaires croissants liés à la consommation de drogues, et demande aux gouvernements de la région de « prendre les mesures nécessaires pour que les services de santé et le soutien social soient disponibles, abordables et accessibles aux usagers de drogues et aux personnes dépendantes ».

Etude de cas : La réduction des risques au Sénégal

Le Sénégal est en passe de devenir un pionnier en Afrique de l'Ouest dans la prestation de services de réduction des risques soutenus par le gouvernement. Une enquête menée en 2011 a montré que malgré le faible taux de prévalence du VIH chez la population générale (0,7%), la prévalence chez les usagers de drogues injectables atteignait les 9% et la prévalence de l'hépatite C dépassait les 23%.¹ La prévalence du VIH chez les femmes qui s'injectent des drogues était beaucoup plus élevée que chez les hommes (21,1% contre 7,5%). Le partage d'aiguilles était également fréquent au sein de cette population.² De manière générale, les usagers de drogues au Sénégal ont un risque de mortalité très élevé. Face au danger d'une potentielle épidémie de VIH liée à l'injection de drogues, le gouvernement a accordé une place prioritaire à l'injection de drogues dans le Programme national sur le sida pour 2011-2015. Le projet gouvernemental *Usagers de Drogues au Sénégal* (UDSEN) a mobilisé des équipes de proximité pour sensibiliser les usagers de drogues quant aux pratiques à moindre risque. En 2013, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES) ont commencé à petite échelle et, en 2014, un centre de traitement de la dépendance s'est ouvert et comprend le traitement de maintien à la méthadone. L'expérience du Sénégal est un cas intéressant pour d'autres pays ouest-africains, étant donné la progression de l'injection de drogues dans la sous-région.³

1. Cf.: Harm Reduction International (2012), *The Global State of Harm Reduction 2012*; Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*, www.ihra.net
2. Pour plus d'informations, Cf.: Mathers, M.B. et al (2010), 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs : A systematic review of global, regional, and national coverage', *The Lancet*, **375**(9719): 1014-1028, <http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960232-2/abstract>
3. Plan d'action de l'Union Africaine sur la lutte contre la drogue (2013-2017), <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/05/AUPA-on-DC-2013-2017-French.pdf>
4. Plan d'action de l'Union Africaine sur la lutte contre la drogue et la prévention du crime (AUPA) (2013-2017) – Implementation matrix, <http://sa.au.int/en/sites/default/files/AUPA%20on%20DC%20%282013-2017%29%20-%20Implementation%20Matrix%20-%20English.pdf>
5. Plan d'action régional pour combattre le problème croissant du trafic illicite de drogues, le crime organisé et l'abus de drogues en Afrique de l'Ouest (2008-2011), http://www.unodc.org/documents/westandcentralafrica/final_e-book_FRENCH.pdf
6. Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest, *Déclaration sur la prévention de l'usage de drogues, du trafic de drogues et du crime organisé en Afrique de l'Ouest*, <https://www.unodc.org/westandcentralafrica/en/ecowaspoliticaldeclaration.html>
7. Maynard, M., Ba, I. & Leprêtre, A. (2012), *Accès aux soins du VIH et des hépatites B et C des usagers de drogues injectables dépistés dans le cadre d'une enquête menée à Dakar* (ANRS 12243 UDES). AFRAVIH 2012, 6^e Conférence Francophone VIH/SIDA, Geneva
8. Raguin, G., Leprêtre, A., Ba, I. et al (2011), 'Drug use and HIV in West Africa: a neglected epidemic'. *Tropical Medicine and International Health*, **16**: 1131-33
9. Tiré de : Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, état et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>

Séance 4.4

Activité: Les interventions de réduction des risques



40 min



Objectif - Evaluer les connaissances, expériences et attitudes des participants vis-à-vis des différentes mesures de réduction des risques. Décrire les interventions de réduction des risques les plus importantes sur la base des preuves disponibles à l'échelle mondiale

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de travailler par petits groupes de trois à quatre personnes et donnez à chaque groupe une feuille mobile et des marqueurs de différentes couleurs.
3. Demandez à chaque paire/groupe de noter autant d'interventions de réduction des risques que possible. Demandez-leur ensuite de leur donner une note allant de 1 à 5 (*certaines interventions seront peut-être déjà mises en place dans le pays ou la région des participants*):
 - Avec un marqueur de couleur, les participants devront noter l'efficacité qu'a ou aurait l'intervention dans le contexte local
 - Avec un marqueur de couleur différente, les participants devront noter ces interventions selon la faisabilité de leur mise en oeuvre dans le contexte local.
4. Demandez aux participants de présenter leur travail et d'expliquer les raisons pour lesquelles ils ont noté les interventions de telle ou telle façon.
5. Présentez les informations ci-dessous.
6. Distribuez aux participants des copies du photocopié « [Les interventions de réduction des risques](#) ».
7. Demandez aux participants s'ils ont des commentaires ou des questions.

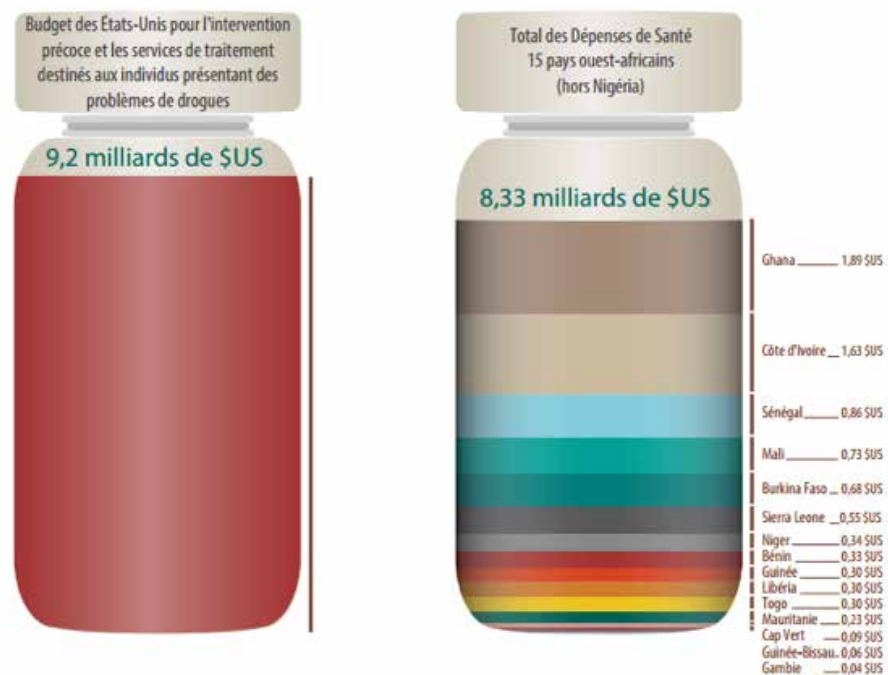


Informations à fournir dans cette présentation :

Bien que les services de réduction des risques doivent être considérés comme un ensemble complet d'interventions se renforçant mutuellement, il se peut que les gouvernements ne puissent pas développer les 9 interventions du « paquet d'interventions » de l'ONU, encore moins les 19 interventions énumérées dans le photocopié, faute de budget. Il est donc essentiel qu'ils développent en priorité les interventions les plus efficaces pour réduire les risques dans leur propre contexte local. Le Guide technique de l'ONU, insiste sur la mise en oeuvre de PES et de traitement de la dépendance (plus particulièrement le TSO).¹

Les interventions de réduction des risques doivent également s'adapter aux différentes caractéristiques et tendances de la consommation de drogues. Dans les pays où les drogues sont principalement reniflées ou fumées, d'autres interventions de réduction des risques devront être adoptées. Si les personnes qui fumaient la cocaïne ou l'héroïne commencent soudainement à s'injecter, de nouvelles interventions de réduction des risques devront être élaborées et mises en avant pour que les risques associés à ces nouveaux modes d'utilisation soient minimisés.²

Les responsables politiques ont souvent tendance à ne pas accorder beaucoup d'importance aux interventions de réduction des risques, en particulier dans les milieux où même les services de santé les plus élémentaires se font rares. Cependant, la recherche a toujours montré que les investissements dans les services de réduction des risques peuvent conduire à des avantages économiques et sociaux importants qui dépassent de loin les ressources investies.³ Par exemple, une étude de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'ONUSIDA et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) portant sur les preuves disponibles a conclu que: « Selon plusieurs estimations prudentes, chaque dollar investi dans des programmes de traitement de la dépendance aux opiacés peut engendrer une économie de 4\$ à 7\$ dans les seuls domaines de la criminalité liée à la drogue, de la justice pénale et du vol. Lorsqu'on y ajoute les économies liées aux soins médicaux, celles-ci peuvent dépasser les dépenses de santé par douze fois ». ⁴ Une partie des dépenses énormes dans le domaine du maintien de l'ordre, de la police et de la prohibition doit donc être redirigée de toute urgence vers des interventions de réduction des risques. ⁵



Source: Office of National Drug Control Policy. <http://www.whitehouse.gov/ondcp/the-national-drug-control-budget-fy-2013-funding-highlights>. Banque Mondiale. Indicateurs de développement dans le monde. PIB (\$US courants), 2011. <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.CD>. Dépenses de santé, total (% du PIB) <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>

Pour en assurer leur efficacité, les interventions de réduction des risques doivent être multipliées autant que possible afin que tous ceux qui ont en besoin puissent y avoir facilement accès, tout en tenant compte des contraintes locales.⁶ S'ils ne sont pas assez disponibles pour les usagers de drogues, ces services ne pourront pas réduire les risques associés à la consommation. Par exemple, les Nations Unies conseillent que plus de 200 aiguilles et seringues doivent être distribuées par an pour chaque usager de drogues injectables et que plus de 40% d'entre eux aient accès à un programme de TSO. Comme nous l'avons expliqué auparavant, les services actuellement mis en œuvre en Afrique de l'Ouest sont loin d'atteindre ces chiffres.

La qualité des services est elle aussi essentielle à leur efficacité et dépend de la portée, de l'intégralité, de l'efficacité, de la sécurité et de l'accessibilité de ces interventions. La participation des usagers de drogues dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces services constitue un moyen efficace d'améliorer la qualité des services disponibles. D'autres mécanismes très simples peuvent aussi être utilisés pour évaluer la qualité des services, comme par exemple des formulaires d'évaluation anonymes et des sondages parmi les clients. Les Nations Unies offrent là aussi des conseils utiles et des options possibles permettant de mesurer la qualité des services, ainsi que le nombre de clients qui ont accès à des services supplémentaires (tels qu'un soutien psychologique, l'information et l'éducation, l'appui à l'adhérence au traitement, etc.).

De nombreux usagers de drogues sont actuellement incarcérés (soit parce que la consommation de drogues reste pénalisée, ou pour d'autres délits qui y sont liés). Les interventions de réduction des risques doivent donc impérativement être offertes au sein des prisons. Le « principe d'équivalence » stipule que les prisonniers ne devraient pas se voir refuser des soins médicaux qui seraient à leur disposition hors de prison. Ceci comprend notamment les interventions de réduction des risques.

Etude de cas : La réduction des risques en Tanzanie

Jusqu'aux années 2000, la politique en matière de drogue de la Tanzanie visait à réduire l'offre et peu d'importance était accordée aux services de traitement ou de réduction des risques pour les usagers de drogues. À la fin des années 1990 et au début des années 2000, les chercheurs ont documenté une augmentation rapide de la consommation d'héroïne accompagnée d'une hausse du VIH parmi les personnes qui s'injectaient de l'héroïne. Lors de la journée mondiale du sida de 2006, des chercheurs dans le domaine de la médecine se sont réunis à Dar-es-Salaam pour discuter des liens entre l'usage de drogues injectables et l'augmentation du taux de VIH dans le pays. Le gouvernement a ensuite commandité une étude estimant la prévalence du VIH dans la population générale à 5,6%, avec un taux inquiétant de 42% parmi les usagers de drogues injectables à Dar-es-Salaam. Une étude analysant le sang résiduel dans les seringues utilisées pour l'injection de drogues a détecté un taux de contamination au VIH de 57,4%. Des études ultérieures ont montré que 45% des hommes et 72% des femmes qui s'injectaient de l'héroïne étaient séropositifs. Soutenu par le *US Center for Disease Control and Prevention*, les autorités tanzaniennes ont commencé à appliquer un programme de traitement à la méthadone à Dar-es-Salaam malgré le manque de loi soutenant ce type d'intervention. Au même moment, des organisations non-gouvernementales ont lancé un programme d'échange d'aiguilles et de seringues. La Commission Nationale de Contrôle des Drogues, rattachée au bureau du Premier Ministre, a soutenu la coordination des services de police, de santé et sociaux dans le cadre de ces activités. Aujourd'hui, le programme de TSO, lancé en Février 2011, est le plus grand programme gouvernemental de méthadone en Afrique sub-saharienne. Au début de 2013, plus de 1 200 patients recevaient de la méthadone; les travailleurs de proximité avaient pris contact avec plus de 20 000 usagers de drogues; quelques 25 000 aiguilles et seringues étaient distribuées chaque mois; et la police dans certaines communautés était impliquée de manière positive dans les programmes de sensibilisation et d'orientaient les usagers de drogues vers des programmes de traitement plutôt que de les arrêter.⁷

1. Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Joint des Nations Unies sur le VIH/Sida (2013), *Guide technique de l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA pour aider les pays à fixer des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les usagers de drogues injectables - Version de 2012* (Genève: OMS), <http://idpc.net/fr/publications/2013/01/guide-technique-de-l-oms-l-onudc-et-l-onusida-pour-aider-les-pays-a-fixer-des-objectifs-pour-l-acces-universel-a-la-prevention-au-traitement-et-aux-soins-du-vih-sida-pour-les-usagers-de-drogues-injectables-version-2012>
2. Bridge, J. (2010), 'Route transition interventions: Potential public health gains from reducing or preventing injecting', *International Journal of Drug Policy*, **21**(2): 125-128, <http://www.ijdp.org/article/S0955-3959%2810%2900012-5/abstract>
3. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, état et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>
4. Organisation Mondiale de la Santé, Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida & Office des Nations Unies sur la Drogue et le Crime (2004), *Position paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV prevention* (Genève: Nations Unies), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Position%20Paper%20sub.%20maint.%20therapy.pdf>
5. Harm Reduction International, Consortium International sur les Politiques des Drogues & International HIV/AIDS Alliance (2014), *The funding crisis for harm reduction*, <http://idpc.net/publications/2014/07/the-funding-crisis-for-harm-reduction>
6. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (2005), *Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper*, http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf
7. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, état et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>

MODULE 4

 45 min

Séance 4.5

Présentation: Les obstacles à la réduction des risques

Objectif – Analyser les obstacles locaux à la réduction des risques et identifier les solutions possibles

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Divisez les participants en trois ou quatre groupes et distribuez quatre feuilles de format A4 à chaque groupe.
3. Demandez à chaque groupe d'identifier:
 - Deux obstacles à l'adoption d'interventions de réduction des risques dans leur pays ou leur région (ex. contraintes budgétaires, n'est pas considéré comme une priorité de l'agenda politique, résistance idéologique, scepticismes de la part de leaders religieux influents et lois imposant des peines pénales contre la consommation de drogues et/ou la possession de matériel d'injection)
 - Deux obstacles possibles que les usagers de drogues peuvent rencontrer lorsqu'ils essaient d'accéder aux services déjà disponibles (ex. la distance géographique des services, les horaires d'ouverture, la peur d'être arrêté).
4. Demandez aux participants de plier leurs feuilles A4 en deux et d'écrire un obstacle sur chaque carte.
5. Placez les cartes le long d'une ligne sur le sol en les catégorisant (ex : les « obstacles idéologiques » et les « obstacles religieux » pourront être discutées ensemble).
6. Marchez le long des obstacles et parlez de chacun d'entre eux en expliquant comment ils pourraient être surmontés.
7. Encouragez les participants à identifier les obstacles qu'ils considèrent comme étant les plus importants dans leur contexte local.
8. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
9. Donnez du temps aux participants pour discuter de l'ensemble des problèmes rencontrés et des liens qu'ils ont identifiés avec le contexte local. Demandez aux participants s'ils ont déjà été personnellement confrontés à ces obstacles et comment ceux-ci se sont matérialisés en pratique.

Informations à fournir dans cette présentation :

Problèmes liés aux ressources économiques et techniques

Comme nous avons déjà pu le constater au cours de cette formation, la couverture des services de réduction des risques reste extrêmement faible ou inexistante dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, ce qui entrave leur capacité à répondre efficacement aux risques liés à la drogue. Cela est souvent dû au fait que ce n'est pas un problème politique prioritaire et au manque de ressources nationales et/ou de financement international. Globalement, le financement de la réduction des risques est insuffisant et les ressources mises à disposition

par les gouvernements et les bailleurs de fonds internationaux sont largement en deçà des besoins estimés. L'ONUSIDA estime que 2,3 milliards de dollars par an sont nécessaires pour financer la prévention du VIH parmi les usagers de drogues injectables, alors que seulement 160 millions de dollars sont actuellement investis par les bailleurs internationaux – c'est-à-dire seulement 7% du montant nécessaire. En comparaison, à l'échelle mondiale, au moins 100 milliards de dollars sont investis dans la mise en l'application des lois sur les stupéfiants.¹

Les données disponibles montrent toutefois que ces interventions sont généralement très rentables. En fait, la réduction des risques est une intervention économiquement solide, puisque des dépenses relativement modestes peuvent souvent éviter l'accumulation à long terme de coûts très importants. Par exemple, les coûts liés au traitement continu de conditions telles que le VIH et l'hépatite C, ou les sommes très importantes dépensées dans le domaine de la justice pénale tel que l'emprisonnement, peuvent être évités par l'expansion d'interventions de réduction des risques qui préviennent les infections et aident les individus à éviter les modes de vie criminels, souvent associés au financement de la dépendance.²

En Afrique, bien que les politiques de CEDEAO et de l'UA répondent à certains besoins de prévention, de traitement et de réduction des risques dans la région, les investissements dans ces domaines sont restés faibles par rapport aux investissements dans les domaines de la sécurité et de la répression – soulignant ainsi un besoin urgent d'orienter les dépenses vers des mesures de santé publique. Récemment, certains partenaires extérieurs ont commencé à exprimer un intérêt croissant dans la région. Par exemple, les Etats-Unis et la France soutiennent un programme conjoint de l'ONUSDC et de l'OMS sur le traitement de la dépendance visant à accroître la portée et la qualité des services de traitement pour les personnes dépendantes. Le programme comprend la création d'observatoires nationaux des drogues et un centre de traitement de référence spécialisé au Sénégal, qui accueillera le premier programme de méthadone pour les personnes dépendantes des opiacés en Afrique de l'Ouest. L'UE, le gouvernement nigérian et l'ONUSDC soutiennent également la création d'un observatoire national des drogues au Nigeria. Pendant ce temps, les discussions se poursuivent entre l'UE, la CEDEAO et l'ONUSDC pour soutenir une composante spécifique du Plan Opérationnel de la CEDEAO sur l'épidémiologie de la consommation de drogues (enquêtes et collecte de données), la prévention et le traitement de la dépendance. Ces avancées sont importantes mais ne constituent qu'une petite avancée vers un investissement plus équilibré des ressources dans les services de santé liés à la drogue dans la région.³

Obstacles politiques et législatifs

- **Le contrôle des drogues et la réduction des risques au niveau international**
Certains avaient déclaré dans le passé que les interventions de réduction des risques n'étaient pas en accord avec les trois conventions des Nations Unies sur la drogue, dont la plupart des pays sont signataires. Ce débat a finalement incité la Section des Affaires Juridiques (LAS, en Anglais) du Programme de Contrôle des Drogues des Nations Unies, qui fait désormais partie de l'ONUSDC, à examiner la légalité des interventions de réduction des risques.

En 2002, la LAS a donné une réponse nuancée à l'OICS. Elle a expliqué à l'Organe que les traités ne donnaient pas de définition concrète des objectifs « scientifiques et médicaux » restreignant l'accès aux drogues prohibées. Les traités ne définissent pas non plus la nature des programmes de « traitement » et de « réintégration sociale » que les Etats signataires sont autorisés (et encouragés) à mettre en place. Il existe par conséquent une flexibilité inhérente aux traités de contrôle des drogues que les Etats membres sont à même d'utiliser. La LAS a conclu que la TSO, les salles de consommation à moindre

risque et les PES étaient autorisés par les traités et les résolutions onusiennes. Cependant, la LAS a aussi conclu que les interventions de contrôle de la qualité des drogues (c'est-à-dire tester les drogues et les comprimés consommés dans les clubs ou festivals) allaient à « l'encontre de l'esprit des conventions », tout en notant que ces interventions n'avaient pas pour *intention* de promouvoir ou de faciliter l'usage ou la possession de drogues (cette intention serait nécessaire pour que de tels programmes de contrôle de qualité *ad hoc* puissent constituer une infraction).

A travers le monde, le concept et les interventions de réduction des risques sont désormais bien établis au sein de politiques visant à gérer l'usage de drogues. La réduction des risques est enfin promue dans de nombreux pays et au sein des agences des Nations Unies, telles que l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA.⁴

Cependant, dans certains pays, il s'est révélé difficile de mettre en place de telles interventions bien qu'elles entrent dans le champ d'application des dispositions des traités internationaux de contrôle des drogues. Par exemple, dans certains pays la réglementation excessive de substances telles que la méthadone et la buprénorphine rend impossible le développement et l'expansion des programmes de TSO. En Afrique, la méthadone et la buprénorphine ne sont disponibles que dans un petit nombre de pays. Dans d'autres, tels que l'île Maurice, le traitement de substitution à la méthadone est bien établi alors que la buprénorphine reste illégale et donc inaccessible aux programmes de TSO. Le TSO comme traitement de substitution est parfois critiqué comme « remplaçant tout simplement une drogue par une autre » et ne pourrait donc pas être considéré comme un traitement médical. Cet argument est cependant insuffisant, ne reconnaissant pas l'énorme impact que peut avoir l'administration d'une substance alternative à l'héroïne qui soit sûre, légale et de bonne qualité pour stabiliser et améliorer la qualité de vie des personnes dépendantes aux opiacés. Cet argument ignore par conséquent délibérément les preuves considérables soutenant l'usage de médicaments tels que la méthadone et la buprénorphine pour améliorer l'inclusion sociale et la santé publique.

- **La criminalisation des usagers de drogues**

A travers le monde, la pénalisation des usages de drogues présente un obstacle direct à la prestation de services de réduction des risques. En effet, si la police tend à arrêter, ou semble majoritairement cibler les personnes qui accèdent aux services de réduction des risques ou de traitement disponibles, de nombreuses personnes nécessitant ces services renonceront à les utiliser. Les pays ayant dépenalisé la consommation et la possession de petites quantités de drogues pour usage personnel ont souligné les bénéfices sanitaires d'une telle approche, documentant une réduction des décès par overdose, des nouvelles infections du sida et de l'hépatite C, ainsi qu'une augmentation des personnes accédant à un traitement ou à un emploi.

Les usagers de drogues risquent de transmettre le HIV et/ou l'hépatite en partageant du matériel contaminé. La criminalisation de matériel pour fumer constitue aussi un obstacle important pour l'efficacité des services de réduction des risques tels que les PES et la distribution de pipes à crack. A l'île Maurice, le gouvernement a passé l'Acte sur le VIH et le Sida en 2006 pour mettre fin aux sanctions pénales des personnes inscrites dans un PES et arrêtées en possession d'une seringue. Cependant, les conflits persistent entre l'Acte sur le VIH et le Sida de 2006 et l'Acte sur les Drogues Dangereuses de 2000 (qui, lui, dépenalise la consommation de drogues et la possession de matériel de consommation de drogues). En pratique, les personnes arrêtées en possession d'une seringue utilisée sont régulièrement envoyées auprès du système de justice pénale. Cependant, cet exemple constitue une tentative importante de protéger les services de réduction des risques.

D'autres obstacles peuvent exister lorsque les services sont perçus comme étant trop liés aux agences de maintien de l'ordre : par exemple lorsque les usagers de drogues doivent s'inscrire sur des registres de police afin d'accéder aux services de soutien dont ils ont besoin.

Problèmes institutionnels et socio-culturels

Les justifications culturelles et idéologiques peuvent souvent représenter les obstacles les plus importants contre la mise en place des programmes de réduction des risques. Par exemple, l'idée que les PES « encouragent la consommation de drogues » est dénuée de fondement scientifique, mais est néanmoins un argument souvent utilisé.

Les obstacles sociaux et culturels sont souvent fondés sur une image négative et stéréotypée des usagers de drogues. Les programmes de réduction des risques doivent influencer ces attitudes et ces idées reçues parmi la population et les responsables politiques. Une intervention de plaidoyer s'appuyant sur l'éducation afin de remettre en question ces croyances et ces préjugés au sein de l'opinion publique est, en conséquence, un élément essentiel de la réduction des risques.

1. Harm Reduction International, Consortium International sur les Politiques des Drogues & International HIV/AIDS Alliance (2014), *The funding crisis for harm reduction*, <http://idpc.net/publications/2014/07/the-funding-crisis-for-harm-reduction>
2. Harm Reduction International (2011), *Harm reduction: A low-cost, high-impact set of interventions*, <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>
3. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, état et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>
4. Lire, par exemple: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/idu_target_setting_guide.pdf

MODULE 4



30 min

Séance 4.6

Activité: Pairs, patients, prisonniers ou partenaires



Objectif – Améliorer les perceptions relatives aux usagers de drogues et parler de l'importance de la réduction des risques et de la réforme des politiques des drogues

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Divisez les participants en quatre groupes. Donnez à chaque groupe une feuille mobile et des marqueurs.
3. Demandez aux participants de considérer quatre termes – « criminels », « patients », « prisonniers » et « partenaires ». En utilisant la feuille mobile, demandez aux participants d'associer ces quatre termes avec d'autres mots ou images qui leur viennent à l'esprit.
4. En plénière, encouragez-les à présenter leur travail et à expliquer les mots qu'ils ont utilisé. Encouragez les participants à expliquer l'impact que chaque mot peut avoir sur l'image qu'une personne peut avoir d'elle-même, ainsi que sur la probabilité que cette personne accède à des services de santé ou qu'elle parle à des docteurs ou à des prestataires de services sociaux. Demandez aux participants quels sont les termes les plus communément utilisés dans leur pays afin de caractériser les usagers de drogues et l'impact que cela peut avoir sur la perception de l'opinion publique.
5. Présentez les informations ci-dessous et distribuez des copies du polycopié « [La Déclaration de Vancouver](#) ».

Notes pour l'animateur

S'il a le temps, l'animateur peut aussi montrer une vidéo sur la participation des usagers de drogues au sein des services de réduction des risques (soit dans son intégralité, soit un extrait de 6 minutes):

<http://vimeo.com/aldp/review/61355076/5f8ee8995f>



Informations à fournir dans cette présentation :

Dans les années 1970, deux des premières organisations d'usagers de drogues ont été créées:

- Le « JunkieBond » a été créé par des usagers de drogues hollandais afin d'exercer une pression sur les politiciens et les médias à propos de leur accès au traitement et de leur sous-représentation.
- Le Comité des Amis et des Patients Concernés par la prise de Méthadone (CCMP) a quant à elle été formé par des patients sous méthadone à New York.

Ces groupes ont tous deux participé à des actions militantes organisées par des usagers de drogues et ont joué un rôle clé pour demander l'accès à des programmes de traitement efficaces et de qualité. Ils ont également participé à des activités de résolution de conflits au sein des communautés d'usagers de drogues afin de promouvoir leur rôle positif et d'engendrer un sentiment communautaire. JunkieBond a par ailleurs été à l'origine de l'ouverture du premier PES afin de répondre aux épidémies soudaines de sida et d'hépatites parmi leurs amis et collègues.

L'émergence du sida et des hépatites a conduit à la mise en place d'autres organisations d'usagers de drogues, en particulier parmi les personnes s'injectant des drogues. La Ligue Australienne sur le VIH et les Usagers de Drogues (AVIL en Anglais) a commencé à ouvrir des PES, à entreprendre des campagnes de marketing social et à produire des magazines pour dé-stigmatiser l'usage de drogues. Des groupes similaires ont été développés en Europe et en Amérique du Nord, parfois de façon officielle, parfois de façon clandestine. Plus récemment, d'autres organisations d'usagers de drogues ont été créées à travers l'Asie, l'Europe de l'est et l'Afrique.

Au fil du temps, de nombreuses organisations de consommateurs de drogues ont développé des arguments solides autour des droits humains en plus de leur travail de santé publique. L'adoption d'une approche fondée sur les droits humains a permis aux usagers de drogues d'entreprendre des actions en justice contre leur gouvernement afin d'obtenir l'accès aux services dont ils ont besoin.

Le Réseau International des Usagers de Drogues (INPUD) a été établi en 2006 lors de la Conférence internationale sur la réduction des risques à Vancouver, au Canada. INPUD aspire à représenter les intérêts des usagers de drogues sur la scène internationale en défendant leurs droits, en initiant des discussions avec les gouvernements, en soutenant la création de réseaux nationaux et régionaux d'usagers de drogues, en promouvant la réduction des risques, et en construisant des alliances avec d'autres organisations (ex. les organisations représentant les travailleurs du sexe, les personnes séropositives et les homosexuels). La déclaration fondatrice d'INPUD est la "Déclaration de Vancouver". L'organisation est aujourd'hui reconnue et acceptée comme un partenaire légitime au sein des organisations de l'ONU.


Les réseaux d'usagers de drogues sont désormais en train de proliférer tant au niveau régional et national. En 2014, le Réseau Kenyan d'Usagers de Drogues (KenPUD), REACT (Tanzanie) et le Réseau Tanzanien d'Usagers de Drogues (TanPUD) avaient tous été récemment établis en Afrique – bien qu'aucun réseau de ce genre n'existe pour le moment en Afrique de l'Ouest.

MODULE 4

 30 min

Séance 4.7

Activité: Répondre aux préoccupations concernant la réduction des risques

 **Objectif** – Réfléchir sur la manière de répondre aux préoccupations concernant la réduction des risques au sein des groupes qui sont susceptibles de ne pas comprendre ou approuver cette approche

Notes pour l'animateur

Les groupes cibles de cet exercice seront choisis en fonction des participants et du contexte local/national/régional. Cet exercice peut aussi être adapté au contexte international, en utilisant des groupes cibles tels que le Président de l'OICS, le Directeur de l'ONUDC, les délégations de la CND, etc.

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Partagez les participants en trois groupes et donnez-leur le scénario ci-dessous :

Votre organisation est invitée à rencontrer [GROUPE CIBLE]. Ils souhaitent en savoir plus sur le travail de votre organisation et sur les interventions de réduction des risques disponibles et qui devraient, selon vous, être mises en place. Ils sont préoccupés par le concept de la réduction des risques et souhaitent vous poser quelques questions. Vous avez un temps très limité pour les convaincre en répondant aux questions suivantes :

- *La réduction des risques n'envoie-t-elle pas un mauvais message, en encourageant la réduction des risques et en rendant l'injection de drogues plus sûre ?*
- *Assurément, nous avons un devoir d'appliquer les lois, et cela signifie que les usagers de drogues devraient être punis, non ?*
- *J'ai entendu dire que les services mobiles aidaient les personnes à consommer. Est-ce que ces travailleurs encouragent des actes illégaux ?*
- *Pourquoi offrir de la méthadone ? Etes-vous en train de nous dire qu'il faudrait remplacer une drogue addictive avec une autre ?*

3. Donnez à chaque groupe une personne cible différente à laquelle ils doivent répondre (ex. la police, le chef de l'agence nationale de contrôle des drogues, le ministère de la santé, un leader religieux, un leader communautaire, les médias, etc.).
4. Dans chaque groupe, l'un des participants sera un représentant du groupe ciblé, et l'autre participant sera un défenseur de la réduction des risques, il s'agit ici d'un jeu de rôle.
5. Après 10 minutes, encouragez chaque groupe à changer les rôles pour que chaque participant ait l'opportunité de répondre. L'animateur devra encourager les participants à adapter leurs réponses à leur cible. Par exemple, les policiers voudront entendre parler de la réduction des délits et de la criminalité, alors que les leaders religieux préféreront sans doute entendre parler de réponses humaines et conformes à leurs propres croyances, centrées sur l'inclusion sociale, etc. Si l'animateur a le temps, il peut demander à chaque groupe de faire une simulation du jeu de rôle d'environ 3 minutes devant le reste des participants.
6. A la fin de l'exercice, encouragez les participants à partager les défis auxquels ils ont été confrontés et revisitez les arguments les plus convaincants qui ont été émis lors de l'exercice.

Polycopié: Les cartes de la réduction des risques (à découper et à distribuer)

Ensemble complet d'interventions promu par l'ONU*

Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	Thérapie de substitution aux opiacés	Dépistage volontaire du VIH
Traitement antirétroviral	Traitement de maladies sexuellement transmissibles	Distribution de préservatifs
Information, éducation et communication	Vaccination, dépistage et traitement des hépatites	Vaccination, dépistage et traitement de la tuberculose



Autres interventions de réduction des risques*

Distribution de pipes à crack	Etablissements d'injection sécurisée	Services mobiles (<i>outreach</i>)
Plaidoyer pour la réforme des politiques des drogues	Offre d'autres moyens de subsistance	Prévention et traitement des overdoses
Organisation de réseaux d'usagers de drogues et activités de plaidoyer	Services et aides juridiques	Soutien psychosocial
	Test du contenu des drogues et pilules	



Interventions qui ne sont pas définies comme des services de réduction des risques*

Eradication des cultures	Efforts de la police pour arrêter consommateurs et dealers	Détention / traitement forcé
Campagnes médiatiques contre la drogue	Emprisonnement des consommateurs de drogues	Programmes de traitement basés sur l'abstinence**



* Bien que les neuf interventions incluses dans l'ensemble complet promu par l'ONU soient clairement définies, il se peut qu'il y ait des désaccords dans le groupe pour définir ou non ce qu'est une intervention de réduction des risques. Cet exercice n'inclut pas de mauvaise réponse ; les participants devraient être encouragés à discuter et à atteindre un accord. L'ensemble complet d'interventions est disponible ici : Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Joint des Nations Unies sur le VIH/Sida (2013), *Guide technique de l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA pour aider les pays à fixer des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les usagers de drogues injectables – Version de 2012* (Genève: OMS), <http://idpc.net/fr/publications/2013/01/guide-technique-de-l-oms-l-onudc-et-l-onusida-pour-aider-les-pays-a-fixer-des-objectifs-pour-l-acces-universel-a-la-prevention-au-traitement-et-aux-soins-du-vih-sida-pour-les-usagers-de-drogues-injectables-version-2012>

** Bien que les programmes basés sur l'abstinence ne soient pas typiquement inclus comme des interventions de réduction des risques, les participants pourront discuter entre eux pour s'accorder si oui ou non ces programmes devraient être considérés comme tels.

Polycopié: Les interventions de réduction des risques pour les usagers de drogues*

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime ont développé un ensemble complet de neuf interventions pour prévenir le VIH parmi les usagers de drogues injectables:

1. Programmes d'échange de seringues
2. Thérapie de substitution aux opiacés et autres traitements de dépendance à la drogue
3. Dépistage et conseils pour le VIH
4. Thérapie antirétrovirale
5. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles
6. Programmes de distribution des préservatifs pour les usagers de drogues injectables et leurs partenaires sexuel(le)s
7. Information ciblée, éducation et communication pour les usagers de drogues injectables et leurs partenaires sexuel(le)s
8. Vaccination, diagnostics et traitement des hépatites virales
9. Prévention, diagnostics et traitement de la tuberculose

En plus de ces neuf interventions, l'Alliance Internationale sur le VIH/SIDA promeut d'autres interventions de réduction des risques:

10. Services de santé sexuelle et reproductive, tels que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
11. Messages visant à faire changer les comportements
12. Services de santé de première nécessité, tels que la prévention et la gestion des overdoses et en particulier la distribution de naloxone
13. Services pour les personnes dépendantes ou qui consomment de la drogue en prison
14. Activités de plaidoyer
15. Soutien psychosocial
16. Accès à la justice / services juridiques
17. Programmes pour les enfants et les jeunes
18. Développement d'autres moyens de subsistance / développement socio-économique

Enfin, le **Guide sur les politiques des drogues de l'IDPC** ajoute une dernière intervention à cette liste (non exhaustive) de services de réduction des risques:

19. Salles de consommation à moindre risque

* Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Joint des Nations Unies sur le VIH/Sida (2013), *Guide technique de l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA pour aider les pays à fixer des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les usagers de drogues injectables – Version de 2012* (Genève: OMS), <http://idpc.net/fr/publications/2013/01/guide-technique-de-l-oms-l-onudc-et-l-onusida-pour-aider-les-pays-a-fixer-des-objectifs-pour-l-acces-universel-a-la-prevention-au-traitement-et-aux-soins-du-vih-sida-pour-les-usagers-de-drogues-injectables-version-2012>; Alliance Internationale sur le VIH/SIDA (2011), *Good practice guide: HIV and drug use: community responses to injecting drug use and HIV*, http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/383/454-Good-practice-guide-HIV-and-drug-use_original.pdf?1405520726; Consortium International sur les Politiques des Drogues (2012), « Chapitre 3.2: Réduction des Risques », *Guide sur les Politiques des Drogues*, 2^{nde} édition, <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des->

Polycopié: Les principes de la réduction des risques*

La réduction des risques cible les risques et les dommages.

La réduction des risques consiste tout d'abord à identifier les risques et dommages chez les personnes ou groupes de personnes qui consomment de la drogue dans un contexte donné, à définir les causes de ces risques et dommages, et à analyser les méthodes et mécanismes disponibles pour réduire ou éliminer ces risques.

En Ukraine, par exemple, cette approche a conduit les services à identifier la santé reproductive et les risques associés comme des problèmes clés pour les femmes qui consomment de la drogue. En réponse, ils ont développé des services innovateurs visant ce groupe à risque.

La réduction des risques est fondée sur des preuves tangibles et le principe de rentabilité.

Cette approche est fondée sur les preuves scientifiques et les connaissances de terrain dans le domaine de la santé publique et emploie des méthodes qui sont souvent peu onéreuses mais qui ont un impact important.

De nouvelles preuves sur les méthodes de nettoyage des seringues ont par exemple conduit les prestataires de services à donner un soutien adéquat aux usagers de drogues qui réutilisent leurs seringues. Il existe de plus en plus d'informations sur la rentabilité des interventions de réduction des risques, particulièrement en ce qui concerne les PES et la TSO.

La réduction des risques est progressive.

Comme l'explique Harm Reduction International (HRI) « Les intervenants qui utilisent l'approche de la réduction des [risques] reconnaissent l'importance de tout changement positif apporté dans la vie d'une personne. Les interventions en réduction des [risques] sont progressives plutôt que contraignantes, et [...] sont conçus afin de rencontrer les besoins de la personne, tels qu'ils sont actuellement, à ce moment précis de leur vie.»

Ce principe peut être appliqué à de nombreux niveaux dans le travail quotidien des prestataires de services de réduction des risques. Par exemple : travailler avec les personnes confrontées à un usage chaotique de crack à Rio de Janeiro afin de réduire les risques immédiats de leur consommation, ou aider les usagers de drogues à trouver un logement à New York.

La réduction des risques est basée sur la dignité et la compassion.

Cette approche perçoit les usagers de drogues comme des membres à part entière de la communauté, mais aussi comme des amis, des proches et des partenaires. Par conséquent, la réduction des risques rejette et remet en question la discrimination, les clichés et la stigmatisation.

La réduction des risques reconnaît l'universalité et l'interdépendance des droits humains.

L'ancien Haut-Commissaire des Nations Unies pour les Droits de l'Homme, Navanathem Pillay, a déclaré que « les usagers de drogues ne renoncent pas à leurs droits humains », tels que le droit de jouir des services de santé de la meilleure qualité possible, le droit d'accéder aux services sociaux, de travailler, de bénéficier des progrès scientifiques, de ne pas être détenu arbitrairement et de ne pas être victime de traitements cruels, inhumains et dégradants.

La réduction des risques remet en question les politiques et les pratiques qui contribuent aux risques.

De nombreux facteurs contribuent aux risques et aux dommages liés à la consommation de drogues : le comportement et les choix des personnes, l'environnement dans lequel les drogues sont consommées et les lois et politiques destinées à contrôler cette consommation. La réduction des risques cherche à répondre à tous ces facteurs afin de protéger les droits humains et la santé des personnes touchées.

Dans la plupart des pays d'Europe occidentale et centrale, par exemple, cette constatation a conduit à la dépénalisation (à des degrés divers) de la consommation de drogues. Au Portugal, la dépénalisation de la consommation a produit des gains importants dans la réduction des infections par le VIH et les hépatites B et C, la diminution des overdoses mortelles, une baisse de la surpopulation carcérale, une réduction de la criminalité liée à la drogue, une augmentation du nombre de personnes ayant accès au traitement de la dépendance et à un emploi, etc.

La réduction des risques valorise la transparence, la responsabilité et la participation.

La réduction des risques encourage un dialogue, des consultations et des débats ouverts. Un grand nombre d'acteurs doivent être impliqués dans le développement, la mise en œuvre, la prestation de services et l'évaluation des politiques et des programmes. Les usagers de drogue et autres communautés touchées, en particulier, devraient être impliqués dans les processus de prise de décisions qui les concernent.

En Amérique du Nord, par exemple, les usagers de drogues ont joué un rôle central dans la conception des mouvements de réduction des risques pour répondre de manière pragmatique aux risques auxquels leurs pairs étaient confrontés. La « Déclaration de Vancouver » de 2006 met en avant cette approche et constitue les principes fondateurs d'INPUD.

* Consortium International sur les Politiques des Drogues (2012), « Chapitre 3.2: Réduction des Risques », *Guide sur les Politiques des Drogues, 2^{de} édition*, <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues-2nde-edition>

Polycopié: L'état de la réduction des risques en Afrique sub-saharienne

Country/ territory with reported injecting drug use	People who inject drugs	HIV prevalence among people who inject drugs [%]	Hepatitis C (anti- HCV) prevalence among people who inject drugs [%]	Hepatitis B (anti-HBsAg) prevalence among people who inject drugs [%]	Harm reduction response	
					NSP ⁱ ■	OST ⁱⁱ ■
Burkina Faso	nk	nk	nk	nk	x	✓ ⁽¹¹⁾
Côte D'Ivoire	nk	nk	nk	nk	x	x
Djibouti	nk	nk	nk	nk	x	x
Gabon	nk	nk	nk	nk	x	x
Ghana	nk	nk	nk	nk	x	x
Kenya	18,327 ⁽¹²⁾	18 ⁽²¹⁾	51.4 [42.2–60.6] ⁽¹³⁾	6.4 ⁽²¹⁾	✓[10] ⁽²²⁾	x
Malawi	nk	nk	nk	nk	x	x
Mauritius	10,000 ⁽¹⁴⁾	44.3 ⁽¹⁴⁾	97.3 ⁽¹⁵⁾	9 ⁽¹⁵⁾	✓[52] ⁽¹⁴⁾	✓[16] [M, 0]
Nigeria	11,692	4.2 ⁽¹⁶⁾	nk	nk	x	x
Senegal	1,324 ⁽¹⁷⁾ ⁱⁱⁱ	9.1 ⁽¹⁸⁾	nk	nk	✓[1]	x
Seychelles	345 ⁽¹⁹⁾	5.8 ⁽¹⁹⁾	53.5 ⁽¹⁹⁾	0.1 ⁽¹⁹⁾	x	✓ ⁽¹⁹⁾
Sierra Leone	nk	nk	nk	nk	x	x
South Africa	67,000 ⁽¹⁰⁾	19.4 ⁽¹⁰⁾	nk	nk	✓[1] ^v	✓[M, B] ^v
Tanzania	30,000 ⁽¹¹⁾	33.9 ⁽¹¹⁾	28 ⁽¹¹⁾	nk	✓[7]	✓[3] [M, 0]
Uganda	nk	16.7 ⁽¹²⁾ ^{iv}	nk	nk	x	x
Zambia	nk	nk	nk	nk	x	x

Source: Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction*, <http://www.ihra.net/>



MODULE 4

Polycopié: Contrer les attitudes négatives et les croyances erronées sur la réduction des risques *

« **Ce n'est pas un problème** » - Ceci est un argument fréquent dans les pays où les taux de VIH ou d'hépatite C sont peu élevés parmi les usagers de drogues injectables.

RÉPONSE: Nous savons d'expérience que tout pays dans lequel les drogues sont injectées est exposé à un risque d'épidémie du VIH, d'hépatite B et/ou d'hépatite C parmi les usagers de drogues injectables et leurs partenaires sexuel(le)s. Ces épidémies peuvent se répandre rapidement en l'absence de mesures de prévention. Il est donc préférable d'implanter ces mesures de prévention bien avant que l'épidémie ne soit établie afin de nous assurer qu'elles soient moins coûteuses et sauvent un maximum de vies. Une évaluation rapide devrait être immédiatement effectuée afin de déterminer les taux d'injection de drogues, les risques comportementaux et les taux d'infection par le VIH et l'hépatite. Sur la base de ces données et/ou des expériences des organisations à base communautaire, des interventions doivent être mises en place et largement développées le plus rapidement possible afin de prévenir ces épidémies parmi les usagers de drogues injectables, ou pour contrôler les épidémies existantes.

« **Les usagers de drogues ne sont pas importants** » - Certaines personnes pensent que les usagers de drogues sont « mauvais » ou « immoraux » et ne devraient donc pas avoir accès aux services de santé dont ils ont pourtant besoin.

RÉPONSE: Les usagers de drogues sont des membres à part entière de notre société et la santé de *tous* les membres de la société est importante et devrait être protégée. Personne ne mérite de mourir simplement parce qu'il ou elle consomme de la drogue, en particulier lorsque l'on sait comment prévenir les infections par le VIH et les hépatites ou les overdoses.

La vaste majorité des usagers de drogues consomment de manière non problématique, c'est à dire sans avoir de problèmes sociaux ou de santé. Les usagers de drogues sont souvent jeunes, souhaitant expérimenter avec la consommation de substances psychoactives dans le cadre de leur développement personnel. L'usage de drogues et les problèmes qui y sont liés peuvent affecter tout le monde et les raisons pour lesquelles les personnes consomment ces substances sont nombreuses et complexes.

« **Il existe tout un tas de problèmes de santé beaucoup plus importants** » - Ceci est un argument fréquent, en particulier dans les pays en transition ou en développement.

RÉPONSE: En vérité, une fois l'épidémie déclarée, le VIH et l'hépatite C peuvent bouleverser nos systèmes de santé pendant des années. A moins d'être contrôlées, des vagues massives de maladies liées à ces épidémies peuvent avoir lieu. La seule façon d'éviter cela est de prévenir la transmission des maladies transmissibles par voie sanguine le plus rapidement possible, dans le cadre d'une réponse sanitaire équilibrée qui vise à répondre à toute autre crise sanitaire.

« Les programmes d'échange de seringues et la thérapie de substitution aux opiacés encouragent l'usage et l'injection de drogues » - Cette attitude est particulièrement réactionnaire et peut être aisément contrée grâce aux preuves et expériences disponibles à travers le monde.

RÉPONSE: Ceci est tout simplement faux. Les activités de réduction des risques ont été étudiées minutieusement afin de déterminer si elles entraînaient ou non des conséquences négatives telles que l'augmentation de l'usage et/ou de l'injection de drogues. Aucune des recherches disponibles n'ont montré une augmentation de la consommation de drogues. En fait, les interventions de réduction des risques ont souvent eu l'effet contraire. En effet, ces services aident les usagers de drogues à résoudre leurs problèmes de consommation. En raison de la confiance et des relations établies grâce à ces programmes, de nombreuses personnes chercheront volontairement à arrêter ou à réduire leur consommation de drogues.

« La police doit appliquer la loi et donc les consommateurs de drogues doivent être punis » - Ceci est aussi un argument assez fréquent.

RÉPONSE: A travers le monde, il est courant que l'application des lois puisse inclure un certain niveau de liberté. Bien que les policiers ne puissent pas directement amender la loi, ils peuvent décider d'appliquer certaines lois plus ou moins vigoureusement, de concentrer leurs ressources dans certaines zones géographiques et sur certains crimes et délits. Les preuves disponibles montrent que la peur d'être arrêté par la police est souvent bien plus importante que la possibilité d'être infecté par le VIH ou l'hépatite C. Il est donc assez courant que usagers de drogues prennent des risques en partageant leur matériel d'injection lorsqu'ils craignent d'être arrêtés. Ils éviteront de chercher un soutien ou d'obtenir des informations s'il existe un risque d'être arrêté ou harcelé par la police. Les prestataires de santé doivent être capables de communiquer et de rétablir une relation de confiance avec les personnes qui accèdent à leurs services de sorte que les informations sur la réduction des risques puissent être transmises et prises en compte.

« Les programmes d'échange de seringues et la thérapie de substitution aux opiacés envoient un mauvais message » - Cet argument est très fréquent, en particulier parmi les hommes politiques, dans la grande majorité des pays. Les gouvernements veulent être vus comme étant fortement engagés dans leur « combat contre la drogue » et considèrent que la réduction des risques contredit cette stratégie.

RÉPONSE: La mise en œuvre des interventions de réduction des risques ne signifie pas que la politique d'un gouvernement est « faible dans le domaine de la drogue », c'est en fait le contraire. Cet argument peut facilement être interprété de manière totalement différente: il est possible de déclarer que le fait de persister à appliquer des politiques punitives qui sont clairement inefficaces constitue une faiblesse politique. En pratique, les pays ayant mis en place des services de réduction des risques ont toutefois continué à appliquer des politiques sophistiquées visant à réduire l'offre et la demande. Une approche équilibrée est donc nécessaire afin de permettre aux gouvernements de maintenir un contrôle sur l'usage de drogues tout en empêchant la propagation des épidémies de VIH et d'hépatites parmi les usagers de drogues.

« Les lois sont fixes, et je ne peux pas les changer » - cet argument est très fréquent parmi les responsables politiques bureaucratiques.

RÉPONSE: Les lois n'ont pas forcément besoin d'être modifiées. Par exemple, certaines réglementations peuvent être amendées pendant qu'une révision juridique est en cours. Certaines directives politiques peuvent aussi être modifiées, ce qui permettrait de pousser les législateurs à changer les lois. Il est également possible de négocier des accords locaux avec la police ou les ministères publics afin d'éviter que des lois trop répressives soient mises en application (telles que les lois qui interdisent la possession de seringues et d'aiguilles).

« Les usagers de drogues ne devraient pas recevoir d'assistance spéciale »

RÉPONSE: Les interventions de réduction des risques ne signifient pas que les usagers recevront une assistance spéciale. Au contraire, ce sont des interventions basiques visant à protéger la santé d'un groupe qui, autrement, n'aurait pas un accès suffisant aux services de santé. Cela signifie aussi que la société met la priorité sur la prévention d'une maladie au sein d'un groupe spécifique dans le but de protéger la santé de tous les membres de la société et d'empêcher une surcharge des systèmes de santé.

« **Les idées des pays occidentaux ne conviennent pas à notre pays** » - Il s'agit d'un argument fréquent dans certains pays, même de la part des professionnels de la santé, des avocats et en particulier de la police et des responsables politiques.

RÉPONSE: La réduction des risques est applicable à des contextes divers et variés, tant dans les pays à faibles revenus que dans les pays à revenus intermédiaires ou élevés (par ex. en Tanzanie ou à l'Île Maurice). Il est possible que les responsables politiques locaux préfèrent commencer par la mise en place de programmes pilotes afin de montrer l'efficacité de ces programmes dans le contexte local. Cependant, des engagements politiques solides doivent être mis en place afin d'augmenter l'accès et le soutien financier pour ces services une fois que leur efficacité a été démontrée.

* Basé sur: Organisation Mondiale de la Santé, Programme Commun des Nations Unies sur le HIV/Sida & Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2004), *Guide de plaidoyer: prévention du VIH/Sida parmi les usagers de drogues* (Genève: OMS), <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf>

Polycopié: « La Déclaration de Vancouver » de 2006

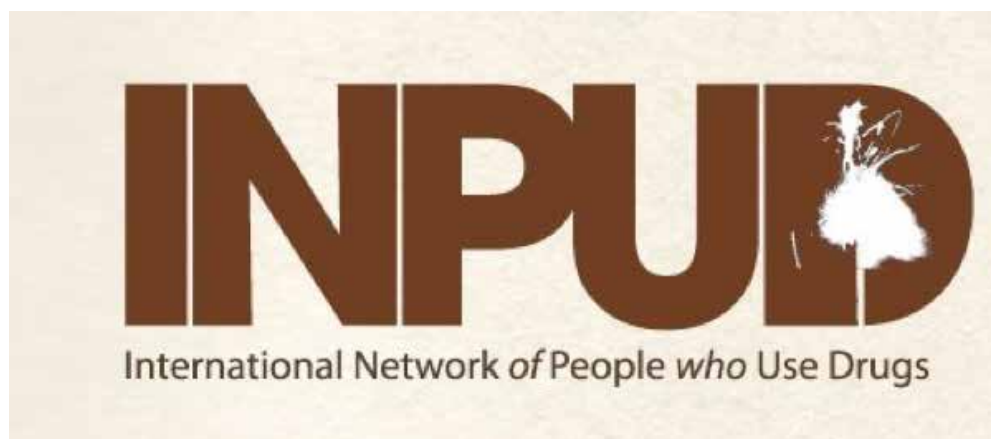
Pourquoi le monde a besoin d'un réseau international d'activistes usagers de drogues

Nous sommes des personnes provenant de tous les coins de la planète, et nous consommons de la drogue. Nous avons été marginalisés et stigmatisés; nous avons été tués, maltraités sans raison, mis en prison, représentés comme étant malfaisants et stéréotypés comme étant des personnes dangereuses et négligeables. Il est grand temps que nous fassions entendre nos voix comme des citoyens à part entière, que nos droits soient rétablis et que nous réclamions le droit d'être notre propre porte-parole, en œuvrant pour préserver notre propre représentation et notre autonomie :

- Pour permettre aux usagers de drogues ou d'autres substances licites du monde entier de survivre, de s'épanouir et de faire entendre leurs voix en tant qu'êtres humains afin d'influencer les décisions qui affectent leurs vies.
- Pour promouvoir une meilleure compréhension des expériences des personnes qui consomment de la drogue, en particulier les impacts dévastateurs des politiques des drogues actuelles affectant les usagers de drogues, et sur nos concitoyens non-usagers: ceci est un élément important dans le cadre du développement de politiques sociales au niveau local, national, régional et international.
- Pour utiliser nos propres compétences et connaissances afin de former et d'éduquer les autres, en particulier nos pairs et tout autre concitoyen concerné par la drogue dans nos communautés.
- Pour demander un accès universel à tous les outils disponibles qui permettent de réduire les risques auxquels les usagers de drogues sont confrontés dans leur quotidien, tels que : i) le traitement de la dépendance à la drogue et les soins médicaux appropriés pour la consommation de drogues, ii) un accès réglementé à des drogues de qualité pharmaceutique pour ceux qui en ont besoin, iii) la disponibilité de matériel de consommation plus sûr tel que des seringues et des pipes et iv) des installations sûres pour jeter les seringues utilisées, v) des services mobiles opérés par des pairs éducateurs et un partage honnête d'informations actualisées sur la drogue et tous ses usages, comprenant notamment vi) la mise en place d'établissements permettant une consommation plus sûre, des espaces qui sont nécessaires pour beaucoup d'entre nous.
- Pour établir notre droit à obtenir des informations objectives et fondées sur des preuves avérées en matière de drogues, et sur comment nous protéger contre les impacts négatifs potentiels de l'usage de drogues à travers un accès universel à des services médicaux et sociaux équitables et complets, sûrs, accessibles, comprenant aussi des services de logement et des opportunités d'emploi.
- Pour soutenir la création de réseaux locaux, nationaux, régionaux et internationaux de personnes séropositives ou infectées par l'hépatite et autres groupes spécialisés dans la réduction des risques. Les consommateurs de drogues actifs doivent être inclus dans le processus de prise de décision, doivent pouvoir siéger au conseil d'administration de ces organisations et doivent être équitablement remboursés pour leurs dépenses, leur temps et leurs compétences.
- Pour défier les législations nationales et les conventions internationales qui privent actuellement la plupart d'entre nous d'une vie saine, sûre et en bonne santé.

Bien conscients des potentiels défis liés à la création d'un tel réseau, nous aspirons à:

- Valoriser et respecter la diversité et reconnaître le passé, les connaissances, les compétences et les facultés de chacun et cultiver un environnement sûr et de soutien au sein du réseau, indépendamment des drogues que nous utilisons ou de comment nous les consommons.
- Diffuser des informations sur notre travail afin de soutenir et d'encourager le développement d'organisations d'usagers de drogues au sein des communautés/pays où celles-ci sont actuellement inexistantes.
- Promouvoir la tolérance, la coopération et la collaboration, favoriser une culture d'inclusion et de participation active.
- Mettre en avant les principes démocratiques et la création d'une structure qui puisse promouvoir une participation maximale dans les processus de prise de décision.
- Assurer une intégration maximale, en particulier pour les personnes hautement vulnérables à l'oppression et qui est basée sur leur identité de genre, leur orientation sexuelle, leur statut socio-économique, leur religion, etc.
- S'assurer que les usagers de drogues ne soient pas incarcérés et que ceux qui le sont aient un droit équivalent à des conditions et à un traitement sains et respectueux. Ceci comprend notamment des services de traitement de la dépendance à la drogue, un accès à des matériaux sanitaires tels que des seringues et des préservatifs et à des traitements médicaux, ou du moins à des services équivalents à ceux auxquels ils pourraient avoir accès en dehors des prisons.
- Pousser à l'abolition de la peine de mort et de toute autre forme de traitement inhumain envers les consommateurs de drogues du monde entier.
- Enfin, le plus profond besoin de créer un tel réseau provient du fait qu'aucun groupe de personnes opprimées n'a jamais obtenu sa libération sans la participation de ceux qui sont directement concernés par cette injustice. A travers une action collective, nous nous battons pour changer les lois locales, nationales, régionales et internationales actuelles sur la drogue et pour formuler une politique des drogues fondée sur des preuves avérées, le respect des droits humains des personnes et de leur dignité, plutôt qu'une politique alimentée par la morale, des stéréotypes et des mensonges.



Copyright © 2010 International Network of People who Use Drugs

<http://www.inpud.net/index.php/statements-and-position-papers/12-vancouver-declaration.html>