


L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C



**UN RAPPORT DE
LA COMMISSION
GLOBALE DE
POLITIQUE EN
MATIÈRE DE
DROGUES**



SECRÉTARIAT

Miguel Darcy de Oliveira
Ilona Szabo de Carvalho
Patrícia Kundrat
Rebeca Lerer
Raminta Stuikyte

SOUTIEN

Igarapé Institute

Instituto Fernando
 Henrique Cardoso

Open Society Foundations

Sir Richard Branson (support
 provided through Virgin Unite)

CONSEILLERS

Dr Philip Bruggmann,
 Arud Centres for Addiction
 Medicine, Zurich
www.arud.ch

Jamie Bridge,
 International Drug Policy
 Consortium (IDPC)
www.idpc.net

Professor Matthew Hickman,
 University of Bristol
www.ac.bristol.uk

La commission souhaite également remercier Ann Fordham, Sharon Hutchinson, Erika Jüsi, Karyn Kaplan, Erika Matuizaite, Azadeh Momenghalibaf, Marie Nougier, Daria Ocheret, Els Torrele, Mike Trace, Annette Verster, Daniel Wolfe and Thomas Zeltner pour leurs contributions à ce rapport.

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES :

www.who.int/hiv/topics/idu
www.who.int/topics/hepatitis
www.unodc.org
www.drugpolicy.org
www.icsdp.org
www.idpc.net
www.igarape.org.br
www.talkingdrugs.org
www.tni.org/drugs
www.ihra.net
www.countthecosts.org
www.intercambios.org.ar
www.cupihd.org
www.wola.org/program/drug_policy
www.beckleyfoundation.org
www.idhdp.com
www.inhsu.com
www.easl.eu
www.aasld.com
www.apasl.info

RAPPORT DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES



Pour en savoir plus sur la Commission, rendez-vous sur le site : www.globalcommissionondrugs.org

Ou envoyez-nous un e-mail à l'adresse suivante : declaration@globalcommissionondrugs.org

En haut à gauche : L'épidémie d'hépatite C est souvent ignorée par le monde politique et l'opinion publique. Les actions de la société civile jouent un rôle fondamental dans la sensibilisation de la société, comme le montre cette photo d'un patient infecté par l'hépatite C, assailli par les micros de journalistes nationaux et internationaux en Ukraine.

Photo prise par Denis Dyadin, avec la permission de l'UCAB (Ukrainian Community Advisory Board)

MEMBRES DE LA COMMISSION

Kofi Annan, ancien Secrétaire Général des Nations Unies, Ghana

Louise Arbour, ancienne Haut-Commissaire pour les Droits de l'Homme, présidente de l'International Crisis Group, Canada

Pavel Bem, ancien Maire de Prague, Parlementaire, République Tchèque

Richard Branson, entrepreneur, philanthrope, fondateur du groupe Virgin, cofondateur de The Elders, Royaume-Uni

Fernando Henrique Cardoso, ancien président du Brésil (président de la Commission)

Maria Cattai, ancienne secrétaire générale de l'International Chamber of Commerce, Suisse

Ruth Dreifuss, ancienne présidente de la Confédération helvétique et ancienne responsable du département fédéral de l'Intérieur suisse

Carlos Fuentes, écrivain et intellectuel, Mexique, *in memoriam*

César Gaviria, ancien président de la Colombie

Asma Jahangir, militante des droits de l'homme, ancienne rapporteuse spéciale des Nations unies sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, Pakistan

Michel Kazatchkine, Envoyé Spécial du Secrétaire Général des Nations Unies pour le VIH/SIDA en Europe de l'est et en Asie Centrale, ancien directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, France

Aleksander Kwasniewski, ancien président de la Pologne

Ricardo Lagos, ancien président du Chili

Mario Vargas Llosa, écrivain et intellectuel, Pérou

George Papandreou, ancien Premier ministre de la Grèce

George Shultz, ancien secrétaire d'État, États-Unis (président honoraire)

Javier Solana, ancien Haut Représentant de l'Union européenne pour la politique étrangère et la politique de sécurité commune, Espagne

Thorvald Stoltenberg, ancien ministre des Affaires étrangères et Haut Commissaire des Nations unies pour les réfugiés, Norvège

Paul Volcker, ancien président de la Réserve fédérale américaine et du Conseil pour la reconstruction économique

John Whitehead, banquier et fonctionnaire, président de la World Trade Center Memorial Foundation, États-Unis

Ernesto Zedillo, ancien président du Mexique

L'hépatite C est une infection virale chronique, fortement répandue, qui pose des problèmes majeurs de type économique, social et sanitaire, particulièrement dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Pourtant, bien que l'épidémie mondiale d'hépatite C ait été décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « une bombe à retardement virale », elle ne reçoit toujours pas l'attention requise. L'accès aux services de prévention demeure insuffisant, tandis que les diagnostics et les traitements restent inaccessibles pour la plupart des personnes dans le besoin, en raison de leur coût prohibitif. La reconnaissance publique du problème et la volonté politique manquent, alors que les programmes nationaux de gestion de l'épidémie restent l'exception.

Le virus de l'hépatite C est robuste et il est très facilement transmis par contact sanguin. Cette épidémie connaît par conséquent une très forte progression chez les personnes qui s'injectent des drogues : on estime à 10 millions (sur une population de 16 millions) le nombre de consommateurs qui vivent avec le virus. Dans les pays les plus répressifs, la plupart des personnes qui s'injectent des drogues sont touchées ; c'est le cas de la Thaïlande ou de certaines régions de la Fédération de Russie, qui connaissent des taux de plus de 90% d'infection.

Le virus de l'hépatite C est très handicapant et pour un quart des malades infectés, l'issue sera fatale. Il devient donc une cause croissante de mort prématurée chez les personnes qui s'injectent des drogues. Globalement, la plupart des consommateurs malades du SIDA sont aussi infectés par l'hépatite C. Les dispositifs de réduction des risques - comme la mise à disposition d'aiguilles et de seringues propres ainsi que les traitements de substitution par les opiacés - peuvent efficacement empêcher la transmission de l'hépatite C parmi les personnes qui s'injectent des drogues, à condition que ces mesures soient accessibles et mises en œuvre à grande échelle.

Au lieu d'investir dans une prévention efficace et dans des programmes de traitement pour atteindre ces objectifs, les gouvernements continuent à gaspiller des milliards de dollars chaque année pour la répression et l'incarcération des usagers de drogues. Il s'agit d'une dilapidation de ressources publiques qui pourraient être beaucoup plus efficacement utilisées pour la santé publique et les approches préventives.

Par ailleurs, les politiques répressives antidrogues ont accentué la stigmatisation, la discrimination et l'incarcération massive des usagers de drogues ; facteurs qui expliquent que les nouveaux cas d'infection par l'hépatite C n'ont pas connu, parmi les usagers de drogues, de diminution massive. Cet échec des gouvernements à contrôler cette épidémie est lourd de conséquences et entraînera dans le futur des coûts accrus pour la santé et l'assistance sociale dans de nombreux pays.

En 2012, la Commission globale de politiques en matière de drogue a publié un rapport qui souligne à quel point « la guerre contre la drogue » a contribué à l'explosion de l'épidémie du SIDA parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Le présent rapport attire l'attention sur l'hépatite C comme autre danger d'épidémie mortelle massive pour cette population. Le rapport fournit une vue d'ensemble des conséquences liées à une infection par le virus de l'hépatite C, avant d'explorer les raisons de l'échec à endiguer cette épidémie, dans la logique actuelle de la « guerre contre la drogue ».

Le silence sur les dégâts collatéraux majeurs des politiques répressives sur les drogues a été rompu. Elles sont inefficaces, violent les droits humains fondamentaux, engendrent la violence et exposent les individus et les communautés à des risques inutiles. L'épidémie d'hépatite C en fait partie alors que cette maladie est évitable et curable à condition que la santé publique soit au cœur des politiques publiques en matière de drogues. Le temps d'une réforme en profondeur de ces politiques est arrivé.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

1. Les gouvernements doivent publiquement reconnaître l'ampleur de l'épidémie d'hépatite C et les coûts que cela induit en particulier pour les usagers de drogues, tant au niveau économique, que social et humain.
2. Les gouvernements doivent reconnaître que les politiques en matière de drogues dominées par des pratiques d'application stricte de la prohibition favorisent la diffusion de l'hépatite C (au même titre que le VIH et autres dommages sur la santé). Elles exacerbent la marginalisation sociale des usagers de drogues et mettent en péril leur accès aux services de réduction des risques et de traitement.
3. Les gouvernements doivent donc réformer les politiques drogues existantes, en mettant un terme à la criminalisation et à l'incarcération massive des usagers de drogues ou aux traitements forcés contre la dépendance.
4. Les gouvernements doivent immédiatement rediriger les ressources de la « guerre contre la drogue » vers des approches de santé publique qui optimisent la prévention et l'accès au traitement de l'hépatite C, en collaboration avec les groupes les plus touchés.
5. L'efficacité des politiques drogues doit être mesurée avec des indicateurs qui ont du sens pour les communautés affectées par l'épidémie, comme par exemple, le taux de transmission du VIH et de l'hépatite C, une baisse de la mortalité, un accès accru aux services, une réduction de la violence liée aux marchés de la drogue et une diminution des violations des droits de l'homme et des incarcérations liées aux drogues.
6. Les gouvernements doivent lever toute restriction de fait ou de droit d'accès à du matériel d'injection stérile et aux autres services de réduction des risques. Ils doivent aussi garantir l'accès aux traitements de substitution par les opioïdes, conformément aux conseils de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il est important que ces services soient disponibles à grande échelle pour avoir un impact sur la transmission de l'hépatite C, tant au sein de la communauté que dans les lieux fermés, comme les prisons.
7. Les gouvernements doivent s'assurer que les usagers de drogues ne soient pas exclus des programmes de traitement, en établissant des stratégies nationales sur l'hépatite C élaborées avec la société civile - notamment avec les communautés également affectées par le VIH - ainsi qu'avec les acteurs concernés de la santé publique, de la politique sociale, de la politique drogue et de la justice pénale.
8. Les gouvernements doivent améliorer la qualité et la disponibilité de données sur l'hépatite C, en renforçant les systèmes de surveillance et d'évaluation. Ceci contribuera à une prise de conscience politique et publique de la gravité de l'épidémie.
9. Les gouvernements doivent augmenter leurs efforts pour réduire le coût des traitements de l'hépatite C - ceci inclut des négociations difficiles avec les laboratoires pharmaceutiques pour assurer un accès facilité aux personnes qui en ont besoin. Les gouvernements, organisations internationales et ONG doivent s'inspirer de l'exemple réussi de réduction des coûts de traitement du SIDA dans le monde entier, notamment en promouvant une plus grande flexibilité en matière de protection des brevets afin de rendre les traitements plus accessibles.
10. La Commission mondiale demande aux Nations Unies de démontrer son leadership et son engagement à promouvoir des réponses nationales basées sur les principes énoncés ci-dessus.
11. Agissons rapidement : la « guerre contre la drogue » a échoué et des dommages importants sur la santé publique pourront être évités si l'on agit maintenant.

L'HÉPATITE C PARMIS LES USAGERS DE DROGUES

On estime à près de 16 millions le nombre de personnes qui s'injectent des drogues au niveau mondial. 10 millions d'entre elles sont porteuses du virus de l'hépatite C. Cette épidémie se propage rapidement dans de nombreuses régions du globe sous l'effet de politiques répressives et inefficaces, confrontant les pays à de graves menaces économiques et sociales. Le virus de l'hépatite C se transmet par le sang. Il est prouvé que des mesures de réduction des risques appliquées à large échelle, telles que la mise à disposition de matériel stérile d'injection, comme les aiguilles et seringues permettent d'enrayer la contamination des usagers de drogues. L'hépatite C peut être guérie, mais la plupart des personnes infectées n'ont pas accès au traitement en raison de son coût prohibitif. Pour les usagers de drogues, l'accès est en outre limité par la criminalisation, l'incarcération et la discrimination systématique dont ils sont l'objet – y compris de la part de services de santé parfois réticents à leur prise en charge.

Épidémiologie

La prévalence de l'hépatite C est trois fois plus élevée que celle du VIH chez les usagers de drogues par injection.¹ On enregistre la plus forte concentration d'infections à l'hépatite C en Asie de l'est et du sud-est (2,6 millions de personnes) et en Europe orientale (2,3 millions). Les trois pays qui comptent le plus de cas d'infections parmi les usagers de drogues sont la Chine (1,6 million), les États-Unis (1,5 million) et la Fédération de Russie (1,3 millions).²

Dans la plupart des pays, l'hépatite C touche plus de la moitié des usagers de drogues par injection.^{3,4} Les taux d'infection sont particulièrement élevés dans les nombreux pays dont les législations et les pratiques

répressives restreignent l'accès au matériel d'injection stérile. En Thaïlande et dans certaines régions de la Fédération de Russie, par exemple, plus de 90% des usagers de drogues par injection sont porteurs du virus de l'hépatite C.⁵ Le taux de nouvelles infections à l'hépatite C est souvent supérieur à 10% par année dans cette population⁶ – mais il peut être sensiblement plus élevé dans certains pays : une étude menée aux États-Unis a montré que plus de la moitié des personnes ayant récemment commencé à consommer par injection étaient infectées.⁷

Cependant, l'ampleur réelle de l'épidémie est très certainement sous-estimée en raison de l'insuffisance des systèmes de surveillance épidémiologique dans de nombreux pays.^{8,9} Des systèmes de surveillance exhaustifs et coordonnés doivent absolument être mis en place pour répertorier les infections hépatiques et permettre le développement à grande échelle de services de prévention et de contrôle efficaces.¹⁰

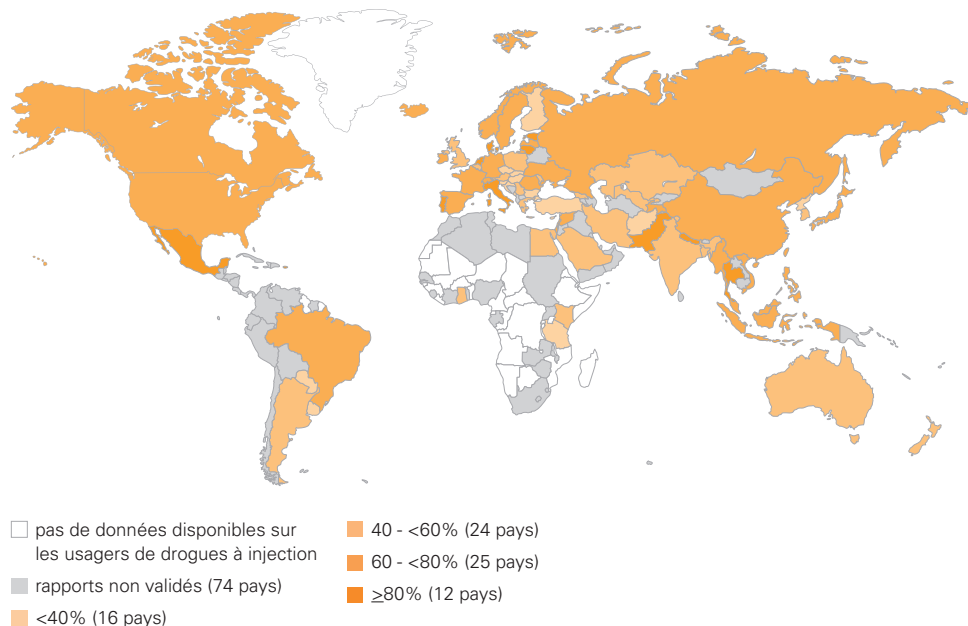


Le partage de seringues et d'aiguilles usagées est le principal facteur de risque de contraction du virus de l'hépatite C pour les usagers de drogues à injection.

FIGURE 1.

PRÉVALENCE DES ANTICORPS DE L'HÉPATITE C CHEZ LES USAGERS DE DROGUES À INJECTION

Commentaire : Les taux de prévalence indiqués sur cette carte renseignent de manière cumulative sur les infections des dernières décennies. Des taux de prévalence élevés n'impliquent pas forcément des taux de nouvelles infections similairement élevés. Les données concernant les nouvelles infections à l'hépatite C (« incidence ») manquent pour la plupart des pays.



COMMENT L'INCARCÉRATION DES USAGERS DE DROGUES CONTRIBUE À LA FLAMBÉE DE L'ÉPIDÉMIE D'HÉPATITE C

La « guerre contre la drogue » a pour conséquence majeure l'incarcération massive des usagers de drogues, alors même que l'injection de drogues reste courante dans les prisons. Tant l'absence de matériel d'injection (et de tatouage) stérile que la pénurie de traitements de substitution par les opiacés et de prise en charge des pathologies hépatiques dans la plupart des lieux de détention, y compris préventive,¹¹ font de l'incarcération un facteur de risque indépendant pour l'infection à l'hépatite C parmi les usagers de drogues.¹²

Dans de nombreux pays, l'hépatite C est plus fréquente dans la population carcérale que dans la population en général.¹³ Fournir des tests et des traitements aux détenus s'avère donc une stratégie efficace également sur le plan économique.¹⁴ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande aussi la mise à disposition de matériel d'injection stérile, de traitements de substitution aux opiacés et autres traitements des addictions dans tous les lieux de détention. Contrairement à une croyance répandue, il est désormais prouvé que la mise à disposition de matériel stérile d'injection en milieu carcéral n'a aucun impact négatif

sur la sécurité du personnel pénitentiaire et, tout comme dans les lieux de consommation ouverts, ne conduit pas à une augmentation de la consommation de drogues.^{15,16} Une étude écossaise a récemment mis en évidence des taux d'infection à l'hépatite C plus faibles chez les détenus qui s'injectent des drogues que chez les consommateurs en milieu ouvert, liés à une plus grande disponibilité des traitements de substitution aux opiacés, prescrites à large échelle dans les prisons.¹⁷

Les Etats-Unis comptent le plus grand nombre de personnes incarcérées pour des infractions liées à la drogue ; la prévalence des infections à l'hépatite C chez les détenus américains est également sensiblement plus importante que dans la population en général : entre 12 et 35% des détenus sont infectés à l'hépatite C, alors que ce taux n'est que de 1 à 2% parmi le reste de la population. Malgré l'efficacité prouvée des programmes de mise à disposition de matériel stérile dans les prisons,¹⁸ l'US Center for Disease Control and Prevention (CDC) continue à ne pas les recommander et les prisons américaines n'offrent que très peu de possibilités de dépistage et de traitement de l'hépatite C.^{19,20}

Transmission

Plus infectieux que le VIH, le virus de l'hépatite C présente un risque de contamination plus important lors du partage de matériel d'injection²¹, ce qui, ajouté à la prévalence élevée de l'hépatite C parmi les usagers de drogues, a pour conséquence la propagation rapide de l'épidémie. Le virus de l'hépatite C peut survivre hors du corps durant un laps de temps relativement élevé – dans les aiguilles et les seringues²² mais aussi dans des ustensiles tels que les filtres et dans l'eau utilisés pour les injections.²³ Ceci explique que les nouveaux cas d'infection à l'hépatite C ne diminuent pas aussi rapidement que les nouveaux cas d'infection au VIH dans les pays ayant mis en place des programmes de réduction des risques. Dans la plupart des pays, ces programmes n'assurent pas une couverture suffisante pour avoir un réel impact sur la transmission de l'hépatite C : même si les personnes qui s'injectent des drogues utilisent la plupart du temps du matériel stérile, quelques injections à risque par année suffisent à nourrir l'épidémie.²⁴ Un élargissement de ces programmes à l'ensemble des groupes cibles exige une forte volonté politique et des réglementations adaptées, ainsi qu'une réallocation des ressources, actuellement accaparées par la « guerre contre la drogue », vers des approches de santé publique.

Dans les pays à hauts revenus, l'injection de drogues a été pendant des décennies le mode de transmission primaire de l'hépatite C – responsable de 50 à 80% de tous les nouveaux cas d'infection à l'hépatite C.²⁵ Le haut potentiel de transmission conduit à formuler l'hypothèse qu'une contamination est aussi possible par l'utilisation partagée de matériel de consommation de drogues non injectables tel que pailles et pipes,²⁶ mais aussi par les tatouages et piercings pratiqués avec des instruments non stériles. Les équipements médicaux contaminés et les transfusions sanguines contribuent également au grand nombre d'infections dans des pays dont les infrastructures sanitaires et les capacités de tests sanguins sont peu développées.

Mortalité et morbidité

L'hépatite C est la première cause de pathologies hépatiques dans le monde : pour 80% des personnes ayant contracté le virus, l'infection prend une forme chronique.²⁷ Environ un quart d'entre elles décèdent d'une pathologie hépatique due au virus. Les symptômes d'une infection à l'hépatite C peuvent cependant rester légers, voire indétectables, durant plusieurs années, raison pour laquelle la plupart des personnes n'ont pas conscience d'être infectées (d'où la désignation d' « épidémie silencieuse »²⁸). Dans de nombreux cas, l'infection n'est détectée que lorsque le foie est déjà gravement atteint.

Le risque de cirrhose et de cancer du foie augmente avec l'âge, plus rapidement en cas de forte consommation d'alcool, d'infection au VIH, de consommation de drogues illégales et d'usage prolongé de médicaments psychotropes. Les usagers de drogues porteurs du virus de l'hépatite C ont donc un risque particulièrement élevé de développer une cirrhose du foie ou un cancer du foie et de décéder d'une pathologie hépatique.^{29,30}

L'hépatite C est une cause de mortalité en augmentation chez les usagers de drogues par injection.³¹ Entre 1999 et 2007, davantage de personnes sont décédées de l'hépatite C que du VIH aux Etats-Unis.³² Entre 45 et 50 ans, le risque de développer une cirrhose du foie devient prépondérant parmi les usagers de drogues infectés.³⁰ À l'échelle mondiale, le nombre de patients souffrant d'une grave pathologie du foie causée par le virus de l'hépatite C ne cesse de croître au sein de cette population, et cela continuera à être le cas à l'avenir, avec des conséquences inévitables pour la santé et les dépenses publiques. L'hépatite C est une crise de santé publique affectant l'ensemble de la planète : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) parle d'une « bombe virale à retardement ».³³

CO-INFECTION VIH/HÉPATITE C

Près de 3 millions de personnes consommant des drogues par injection sont porteuses du VIH, et pour la plupart d'entre elles, du virus de l'hépatite C.³⁴ En Chine, au Vietnam et dans la Fédération de Russie, par exemple, le taux de co-infections parmi les usagers de drogues porteurs du VIH est estimé à plus de 90%.³⁵ Comme la grande majorité des personnes co-infectées consomment des drogues par injection,³⁶ ces épidémies jumelles prospèrent sous l'effet de politiques qui augmentent les risques, bloquent l'accès des personnes vulnérables à des mesures de prévention et aux services sanitaires. Pourtant, des efforts de prévention soutenus à une échelle suffisamment vaste pour enrayer la transmission de l'hépatite C parmi les usagers de drogues empêcheront également la transmission du VIH.

La co-infection au VIH a un impact négatif sur la progression de la maladie, sur le pronostic vital et sur le succès du traitement.³⁷ Pourtant, la mise sous traitement reste tout-à-fait insuffisante chez les patients co-infectés, même lorsque ceux-ci sont soignés pour infection au VIH³⁸ - alors qu'il a été démontré que le traitement de l'hépatite C améliore l'adhérence au traitement du VIH dans cette population³⁹.

Très peu d'usagers de drogues ont été intégrés dans les études cliniques sur le traitement des co-infections VIH-hépatite C, une situation qu'il est urgent de corriger afin d'améliorer les résultats des traitements pour cette catégorie de personnes.

HEPATITE B

L'hépatite B est une infection virale qui comme l'hépatite C se transmet par contact sanguin. Les canaux de transmission de l'hépatite B sont plus étendus : ils incluent les contacts mère-enfant, les contacts interpersonnels dans la petite enfance, les procédures médicales non sécurisées et les comportements sexuels à risque, tout comme le partage de matériel d'injection parmi les usagers de drogues. Le risque de développer une infection chronique est inférieur à 5% chez l'adulte.

LE TEST DE L'HÉPATITE C

Les personnes exposées au risque de contracter l'hépatite C devraient se soumettre régulièrement à des tests afin de déterminer si elles sont contagieuses et nécessitent un traitement. Selon les estimations, le nombre de cas non diagnostiqués reste malgré tout très élevé : 50 à 90% des personnes porteuses du virus ne se savent pas infectées.^{49,50} Dans les pays menant une politique répressive en matière de drogues, le taux d'usagers de drogues ayant été dépistés est encore plus restreint^{51,52} - principalement en raison de la stigmatisation qui prévaut dans les structures de soin et de la peur d'une arrestation, mais aussi de l'absence de traitements et de tests.

Le diagnostic de l'hépatite C s'effectue en deux étapes :

1. Un échantillon de sang ou de salive est prélevé pour y déceler la présence d'anticorps de l'hépatite C : si le test est positif, la personne a été en contact avec le virus à un moment ou un autre de son existence
2. Un test de charge virale est effectué pour repérer le virus de l'hépatite C dans le sang et constater la présence d'une éventuelle infection chronique impliquant un risque de contagion (dans environ 20% des cas, l'infection se résorbe spontanément et un traitement n'est pas nécessaire).

Afin de sensibiliser les personnes concernées à la maladie, chaque test devrait être l'occasion de les informer sur les modes de transmission du virus et de les conseiller sur les moyens de prévention.

Le nombre d'usagers de drogues souffrant d'une forme chronique d'hépatite B est estimé à 1,2 million dans le monde.² Il existe un vaccin fiable, efficace et peu coûteux, mais il reste peu accessible et peu administré à cette population en raison de la discrimination systématique et de la criminalisation qu'elle subit.

La prévention de l'hépatite C

En 2012, l'OMS a publié des directives sur la prévention des hépatites B et C parmi les usagers de drogues (*Guidance on the Prevention of Viral Hepatitis B and C among People Who Inject Drugs*) qui élaborent un canevas en six parties : les droits humains, l'accès aux soins de santé, l'accès à la justice, l'acceptabilité des mesures par les usagers de drogues, l'éducation à la santé et la mise à disposition de services intégrés. Cette publication plaide pour des programmes de réduction des risques dont l'efficacité a été démontrée dans la lutte contre les hépatites B et C, le VIH et la tuberculose – y compris la distribution de matériel d'injection et la prescription de traitements de substitution par les opiacés (deux mesures qui empêchent également la transmission du VIH) et recommande une démarche d'éducation à la santé à destination des groupes cibles, ainsi que la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite virale.²⁸

En l'absence de vaccin contre l'hépatite C, la mise à disposition de matériel d'injection stérile (aiguilles et seringues, mais également des autres instruments et substances tels que filtre, eau et réchauds) et les traitements de substitution par les opiacés sont les seules mesures de prévention primaire à même de barrer le principal canal de transmission du virus parmi les usagers de drogues par injection.^{40,41,42,43} Mais ces interventions devraient viser une couverture beaucoup plus large dans la plupart des pays. Là où les mesures sont trop lacunaires (voire inexistantes), l'urgence de la situation exige des Etats qu'ils consacrent en priorité leurs efforts de prévention à étendre cette couverture.⁴⁴

Une large couverture de ces services est d'autant plus importante que les programmes de prévention contre la transmission de l'hépatite C sont également efficaces contre la transmission du VIH parmi les usagers de drogues par injection, à condition d'être déployés à suffisamment large échelle.

Il est cependant peu probable que ces deux mesures seules – mise à disposition de matériel stérile et traitements de substitution – suffisent à réduire de manière significative la transmission de l'hépatite C.⁴⁵ Une diffusion rapide des traitements antiviraux est également nécessaire.⁴⁶ Comme pour le VIH, le concept de « traitement comme moyen de prévention » (*treatment as prevention*) suscite depuis peu un intérêt certain en ce qui concerne l'hépatite C : un traitement plus accessible fera baisser le taux de transmission car les personnes infectées et donc porteuses du virus seront progressivement moins nombreuses. D'autres mesures dont l'efficacité est reconnue pour réduire les injections à risque sont les locaux d'injection supervisés, la prévention par les pairs, le travail sur les comportements individuels et la mise à disposition d'opportunités de dépistages et de consultations basées sur le libre choix.⁴⁷ Appliquer ces quelques mesures préventives éprouvées réduira le nombre d'infections à l'hépatite C, sauvera des vies et permettra d'économiser de l'argent. Mais la « guerre contre la drogue » est l'un des principaux obstacles aux interventions de ce type, car elle augmente la stigmatisation et la peur d'être arrêté, le partage de matériel d'injection contaminé et donc les infections, tout en restreignant l'accès aux soins.^{48,13,16}



Des activités de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues : un programme d'échange de seringues et d'aiguilles et un programme de thérapie de substitution

Photos d'Efrem Lukatskiy et Natalia Kravchuk, avec l'autorisation de l'International HIV/AIDS Alliance, Ukraine.



Le traitement de l'hépatite C

L'hépatite C peut être guérie, mais très peu d'usagers de drogues ont la possibilité de se faire soigner.^{51,53,54,55,56} Des directives nationales prenant appui sur des recherches scientifiques doivent impérativement être mises en place dans de nombreux pays pour dissiper les mythes qui courent sur les possibilités de traitement des usagers de drogues. On entend par exemple encore des membres du corps médical affirmer à tort que les usagers de drogues ne sont pas en mesure de supporter les effets secondaires du traitement, et vont à nouveau être réinfectés à l'issue de celui-ci. La recherche a montré que le taux de guérison des usagers de drogues par injection est similaire à celui des autres patients.¹⁷ Selon certaines études, le taux de réinfection après traitement peut rester minime. En outre, le rapport coût-efficacité du traitement peut être particulièrement élevé pour les usagers de drogues par injection dans la mesure où leur traitement permet aussi de prévenir de futures infections.⁴ De même que le statut domiciliaire, la consommation d'alcool, la santé mentale ou bien d'autres facteurs, la consommation de drogues ne doit jamais amener à refuser automatiquement le traitement à une personne. La décision doit au contraire se prendre sur la base d'une évaluation individuelle globale.⁵⁷

Tant que l'accès au traitement restera aussi restreint, les cas de pathologies hépatiques graves ou fatales se multiplieront chez les usagers de drogues. Un accès généralisé au traitement aura en revanche un impact majeur sur la prévalence de la maladie, en guérissant des individus susceptibles de transmettre le virus, y compris ceux qui continuent à consommer des drogues ou courent le risque d'une rechute.⁴⁶ Il s'agit d'une mesure de santé publique ayant un excellent rapport coût-bénéfice, en particulier si on la compare avec les options consistant à n'offrir aucun traitement ou à ne traiter que les personnes qui ne s'injectent pas de drogues.⁵⁹

Sensibilisation et stigmatisation

L'ignorance relative qui prévaut au sujet de l'hépatite C dans la population en général, parmi les décideurs politiques, parmi les usagers de drogues et au sein du corps médical est un obstacle majeur pour enrayer efficacement la propagation de l'épidémie.⁶⁴ La maladie reste largement méconnue, y compris chez les personnes porteuses du virus, tout comme ses conséquences lorsque l'infection n'est pas dépistée et traitée à temps.^{65,66} Une récente étude montre par exemple que deux tiers des usagers de drogues par injection en Thaïlande n'ont pas cherché à se faire tester car ils n'avaient « jamais entendu parlé du virus ». ⁵⁰ Ce manque de connaissances s'explique par l'absence de symptômes immédiatement décelables, la progression lente de la maladie, la réticence des responsables politiques à s'attaquer au problème, la stigmatisation des usagers de drogues, le peu de soutien offert aux personnes porteuses du virus et par la priorité donnée à des approches répressives pour contrôler les drogues, excluant de facto les usagers de drogues des structures de soins et de soutien.

De nombreux usagers de drogues en viennent à considérer l'hépatite C comme une fatalité. Ils se retrouvent victimes d'une double stigmatisation qui les dissuade de se faire dépister, soigner et aider. Ils évitent de révéler leur statut et leur consommation de drogues au personnel médical.⁶⁷ S'attaquer à cette problématique est indispensable pour pouvoir mettre en œuvre une stratégie efficace contre l'épidémie d'hépatite C qui frappe les usagers de drogues.

La réduction des risques de transmission par gestes médicaux et transfusions sanguines a conduit à considérer l'hépatite C comme une maladie indissociablement liée à la consommation de drogues. Les personnes infectées suscitent par conséquent beaucoup moins de sympathie, car la consommation de drogues est généralement vue comme une faiblesse de caractère, un manque de responsabilité ou de force morale, voire un « fléau social », plutôt que comme une maladie chronique entraînant des rechutes. Dans les pays qui ont déclaré la « guerre contre la drogue », la politique répressive et les incarcérations massives renforcent ces préjugés.

TRAITEMENT ACTUELLEMENT ADMINISTRÉ CONTRE L'HÉPATITE C ET PERSPECTIVES FUTURES

Le traitement de l'hépatite C communément administré est une combinaison d'interféron pégylé (une injection par semaine) et de ribavirine (un à trois comprimés, deux fois par jour), selon un protocole de traitement qui varie en fonction du génotype du virus. Une série de facteurs détermine la durée du traitement, qui va de 12 à 72 semaines. Ces régimes de traitement sont particulièrement éprouvants en raison de leur longue durée et de leurs effets secondaires, mais des mesures cliniques appropriées les rendent supportables.

Plusieurs nouveaux médicaments contre l'hépatite C sont actuellement en cours de développement. Les tests cliniques laissent penser que des traitements plus efficaces et mieux tolérés seront disponibles dans quelques années. Ils auront l'avantage d'être administrés uniquement par voie orale et de ne pas contenir de l'interféron. Ils auront moins d'effets secondaires et ne nécessiteront plus des traitements aussi longs - ce qui facilitera leur usage. La mise sur le marché de ces nouveaux médicaments pourrait même permettre l'éradication de la maladie.⁵⁸

L'OMS et le *International Network on Hepatitis care in Substance Users* (INHSU)⁵⁶ élaborent des recommandations internationales pour la gestion des cas d'hépatite C parmi les usagers de drogues par injection. Elles serviront de référence à des directives plus spécifiques adaptées aux besoins et contextes des différents pays.

L'HÉPATITE C EN LITHUANIE

En Lituanie, plus de 90% des usagers de drogues par injection sont porteurs du virus de l'hépatite C.² Les personnes qui suivent un traitement de substitution par les opiacés sont systématiquement testées et le cas échéant, reçoivent des soins médicaux. Dans ce pays à revenu intermédiaire, le nombre de patients en cours de traitement a augmenté de 26% entre 2008 et 2011. L'assurance maladie obligatoire couvre les frais de diagnostic et de traitement,⁶⁰ mais l'interféron pégylé demeure un des traitements les plus coûteux (le prix n'a diminué que de 3% entre 2007 et 2011). En outre, il est fréquent que les usagers de drogues par injection n'aient pas d'assurance maladie valable, ne sachent pas s'ils sont ou non infectés et ne puissent accéder à une thérapie de substitution aux opiacés ou à un traitement contre l'hépatite C.

Alors que la Lituanie est leader de la fourniture de traitements contre l'hépatite C en Europe orientale, seuls 5% des personnes qui en auraient besoin en bénéficient.^{59,61} Le pays ne peut lutter efficacement contre l'épidémie en raison de la trop faible envergure des programmes de réduction des risques et d'un environnement politique défavorable aux usagers de drogues. La Lituanie compte neuf programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (financés principalement par l'Etat) et 19 institutions offrant des traitements de substitution aux opiacés.⁶² Ces mesures préventives ne permettent pas d'assurer une couverture suffisante : chaque consommateur de drogues par injection reçoit en moyenne 37 aiguilles par année,⁶³ à l'exclusion d'aucun autre matériel (tel que filtres, eau). On constate également des lacunes concernant le dépistage et la surveillance de l'hépatite C à l'échelle nationale.

LE COÛT DE L'HÉPATITE C

Les coûts humains, sociaux et économiques que l'épidémie d'hépatite C menace d'infliger au niveau planétaire ont amené l'OMS à parler d'une « bombe virale à retardement ». ³³ Pour répondre à l'urgence et contrer efficacement cette menace, les gouvernements doivent agir à bien plus large échelle en matière de prévention et de traitement, et cibler tout particulièrement les usagers de drogues. Une réforme des politiques en matière de drogues sera nécessaire afin de créer un environnement plus favorable à des approches de santé publique, de même qu'une réaffectation des ressources allouées jusque-là à la « guerre contre la drogue » ainsi que des efforts massifs pour réduire le coût des traitements.

Partout dans le monde, le coût élevé des traitements empêche en effet une grande partie des usagers de drogues d'y accéder. Les fabricants des deux formules brevetées d'interféron pégylé (Roche et Merck) fixent des prix différents selon les pays : pour un même médicament, ils peuvent varier de 2000 à 20'000 dollars US pour la durée du traitement. ⁶⁸ Ces brevets expireront d'ici deux à quatre ans. La procédure menant au diagnostic de l'hépatite C est elle-même relativement chère – les tests de charge virale coûtent 100 à 200 dollars US et demandent un équipement de laboratoire spécialisé.

Que ce soit de la part des gouvernements, des donateurs internationaux ou des Nations Unies, l'hépatite C n'a pas reçu l'attention requise, ni suscité la mobilisation internationale qui a permis une baisse spectaculaire du prix des thérapies antirétrovirales contre le VIH. ⁶⁹ Des appels ont récemment été lancés pour que l'OMS inscrive les traitements contre l'hépatite C dans la liste des médicaments essentiels et qu'UNITAID inclue l'hépatite C dans sa nouvelle stratégie quadriennale – avec l'espoir que cette organisation puisse réitérer l'exploit qui a rendus plus accessibles les traitements contre le VIH et la tuberculose. ⁷⁰

Au niveau national, les coûts pourraient être réduits en négociant avec les entreprises pharmaceutiques, si la société civile et les organisations internationales font pression pour exiger des traitements meilleur marché et plus accessibles (y compris des génériques sûrs et efficaces de l'interféron pégylé). ⁷¹

Mais dans une perspective de santé publique, même aux prix pratiqués actuellement, le traitement contre l'hépatite C présente un bon rapport coût-bénéfice, en regard des dépenses substantielles dues au traitement des pathologies hépatiques découlant d'infections chroniques non soignées. Aux Etats-Unis, par exemple, le coût ponctuel d'un traitement contre l'hépatite C (entre 16'300 et 32'700 dollars US) est très inférieur à celui d'un traitement contre le cancer du foie (en moyenne 44.200 dollars US par année). ⁷⁵

Pour ce qui est des nouveaux médicaments actuellement en cours de développement, leur utilité restera fortement limitée s'ils ne sont pas accessibles aux pays à faible et moyen revenus. Si les négociations avec les compagnies pharmaceutiques ne permettent pas de faire suffisamment baisser les prix, les pays devront actionner les mécanismes de flexibilité prévus en cas d'urgence sanitaire dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). ⁷⁶ Celui-ci prévoit des licences obligatoires pour l'importation ou la production de génériques meilleur marché ou de versions « biosimilaires », quand bien même les médicaments originaux sont protégés par un brevet.

Faire baisser les coûts des traitements actuels et futurs contre l'hépatite doit être une priorité urgente pour toutes les autorités nationales et internationales

PLAIDOYER POUR DES TRAITEMENTS MOINS CHERS ET DIFFUSÉS À PLUS LARGE ÉCHELLE : L'EXEMPLE DE L'UKRAINE

Des organisations issues de la société civile ont réussi à obtenir une baisse du prix des traitements et un engagement plus soutenu des gouvernements : c'est notamment le cas en Ukraine, mais aussi en Inde et en Thaïlande. En Ukraine, près d'un million de personnes sont porteuses du virus de l'hépatite C, dont plus de 90% des usagers de drogues par injection. Comme dans une grande partie du monde, le gouvernement ukrainien ne peut pas répondre aux besoins en traitements au prix où ceux-ci sont actuellement vendus.

Face à cette situation, des groupes issus de la société civile tels que l'Alliance internationale contre le VIH/SIDA en Ukraine ont conclu un accord avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour financer le traitement des usagers de drogues - à administrer conjointement aux traitements de substitution par les opiacés et au traitement contre le VIH.⁷²

Le prix du traitement contre l'hépatite C a pu être réduit de moitié au cours des négociations avec les laboratoires pharmaceutiques.

Les organisations issues de la société civile ukrainienne ont donc joué un rôle important dans la sensibilisation du public au problème de l'hépatite C, en mobilisant les partenaires et les collectivités et en facilitant le dialogue entre le gouvernement et l'industrie pharmaceutique. Au final, le président ukrainien a ordonné au gouvernement de trouver des fonds pour le traitement de l'hépatite C⁷³ et le gouvernement a adopté un programme national contre l'hépatite virale.⁷⁴



En avril 2013, des personnes vivant avec l'hépatite C et des organisations de la société civile, y compris l'UCAB (Ukrainian Community Advisory Board) ont manifesté en face du cabinet des ministres. Cette action n'est qu'une action parmi d'autres pour obtenir l'attention du gouvernement. Cette fois-ci, leur demande - approbation d'un programme national de lutte contre l'hépatite et financement des traitements et soins de prise en charge des malades de l'hépatite C - a été entendue, au moins partiellement. Un tel programme a été approuvé peu de temps après.

Photo prise par Andriy Andrushkiv, avec l'autorisation de All-Ukrainian Network of People Living with HIV et Ukrainian Community Advisory Board (UCAB)

L'HEPATITE C ET LA « GUERRE CONTRE LA DROGUE »

L'expression « guerre contre la drogue » a été lancée il y a plus de 40 ans par le président américain Nixon. Elle désigne depuis une application répressive et punitive des lois sur les stupéfiants, prônant la « tolérance zéro » et cherchant à créer un monde sans drogues.⁷⁷ Cette approche va plus loin que les traités internationaux actuellement en vigueur sur la politique des drogues, qui reconnaissent « la santé et le bien-être de l'humanité » comme une de leurs préoccupations, et permettent des alternatives à la criminalisation des usagers de drogues.⁷⁸ La « guerre contre la drogue » considère les usagers de drogues dans une perspective criminelle plutôt que de santé publique.

Avec d'énormes ressources consacrées à l'application de mesures répressives à l'échelle mondiale, la guerre contre la drogue est devenue une guerre contre les usagers de drogues et d'autres groupes vulnérables.

La Commission globale sur la politique en matière de drogues a déjà mis en évidence l'échec de cette approche à réduire l'offre et la consommation de drogues,⁷⁶ ainsi que les diverses manières dont la « guerre contre la drogue » a favorisé la pandémie du VIH parmi les usagers de drogues :

- La stigmatisation et la peur d'être arrêté dissuadent les usagers de drogues de faire appel aux services sanitaires.
- Les systèmes de santé limitent l'accès aux soins des usagers de drogues, par exemple en posant arbitrairement une exigence d'abstinence.

- Des restrictions à la mise à disposition d'aiguilles et de seringues stériles augmentent le partage de matériel d'injection, d'autant plus lorsque la possession d'aiguilles et de seringues est utilisée par la police comme preuve d'une activité criminelle.
- L'interdiction ou l'usage restreint des traitements de substitution par les opiacés ou autres traitements éprouvés cause des souffrances évitables.
- L'incarcération massive des usagers de drogues expose les individus aux environnements à haut risque que sont les prisons ou autres lieux de détention.
- L'absence de mesures de prévention dans les prisons conduit à une propagation évitable du virus parmi les usagers de drogues.
- Des ressources publiques continuent à être gaspillées dans des mesures répressives nocives et inutiles au lieu d'être investies dans des stratégies de prévention et de traitement ayant fait leurs preuves.⁷⁹

Chacun de ces facteurs contribue à la propagation de l'hépatite C parmi les usagers de drogues. De plus, du fait de la prévalence et de la contagiosité de l'hépatite C, les effets négatifs des politiques drogues sont d'autant plus graves pour cette épidémie – preuve supplémentaire que la « guerre contre la drogue » a échoué et ne sert qu'à causer des dommages tout en diabolisant et en isolant les groupes à risque. L'hépatite C peut être prévenue et guérie parmi les usagers de drogues, mais il faut pour cela réformer d'urgence les politiques en matière de drogues. Ce chapitre explore quelques-unes des manières dont la « guerre contre la drogue » nourrit l'épidémie d'hépatite C, et ce que les gouvernements doivent faire pour y remédier.

L'ignorance de la politique au sujet de l'hépatite C

La pandémie mondiale d'hépatite C continue à ne recevoir qu'une part minimale de l'attention, des ressources et des efforts que nécessitent son ampleur et ses conséquences fatales. Les opportunités de traitement sont globalement beaucoup trop limitées pour les usagers de drogues, en particulier en Europe orientale, en Asie centrale et en Asie, où l'épidémie est particulièrement virulente au sein cette population.

Bien que des progrès aient été accomplis dans la sensibilisation du public, la plupart des gouvernements continue à négliger ce domaine important de la santé publique et à méconnaître les conséquences de politiques drogues répressives. Les systèmes de surveillance des cas d'hépatite au sein de la population laissent à désirer, et les efforts consentis au niveau politique pour garantir des mesures de prévention efficaces et des traitements accessibles ne sont en rien comparables à ce qui est accompli pour le VIH. Les programmes de réduction des risques existants doivent impérativement être optimisés et élargis pour endiguer l'épidémie d'hépatite C – et pourtant, cette maladie ne reçoit qu'une attention marginale en tant que problème de santé publique y compris de la part des bailleurs de fonds les plus impliqués dans la réduction des risques.

La peur de la police et la stigmatisation augmentent les risques

Les mesures de répression atteignent rarement ceux qui alimentent le marché des drogues illégales et en retirent des milliards de dollars de profits. La « guerre contre la drogue » s'acharne au contraire sur les consommateurs et les petits trafiquants. Ces personnes sont des cibles faciles pour les agents de la répression, dont les performances sont souvent évaluées en fonction du nombre d'arrestations et qui peuvent être tentés d'améliorer leurs revenus par la corruption et l'extorsion de fonds.

La répression tous azimuts nourrit la peur généralisée d'être arrêté et harcelé par la police, sans aucun impact sur l'offre et la consommation de drogues. Elle expose simplement les consommateurs à un risque beaucoup plus élevé de contracter l'hépatite C ou de subir d'autres dommages évitables. La principale conséquence est qu'ils évitent de faire appel aux services de santé. Il peut en effet arriver que ceux-ci soient surveillés par la police, qui contrôle les identités et harcèle les usagers. C'est en particulier le cas là où la loi interdit la possession d'aiguilles et de seringues, là où ces ustensiles sont utilisés comme preuves d'un délit. Il arrive ainsi que les usagers de drogues ne puissent ou ne veuillent pas s'adresser aux services de prévention du VIH ou de l'hépatite et préfèrent utiliser du matériel potentiellement contaminé.

La « guerre contre la drogue » pousse à la stigmatisation et à la discrimination des usagers de drogues dans des situations très variées. Le Rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a dénoncé des cas d'abus subis par des usagers de drogues dans des structures sanitaires, abus qui « atteignent un degré de maltraitance les rendant assimilables à de la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ». ⁶⁰ Dans de nombreux services, les usagers de drogues sont traités avec suspicion et méfiance, et on considère à tort que les traitements n'auront pas d'effets sur eux à moins d'un sevrage.

Les incarcérations massives favorisent la contamination

La « guerre contre la drogue » a entraîné l’incarcération massive d’usagers de drogues et d’autres groupes vulnérables. Or, comme mentionné précédemment, les prisons sont des lieux à hauts risques pour la dissémination du VIH et de l’hépatite.⁸¹ Les traitements de substitution par les opiacés et les thérapies antirétrovirales sont généralement refusés dans les institutions carcérales, tout comme ces outils de prévention reconnus que sont la mise à disposition de matériel d’injection stérile et les préservatifs. Ces difficultés sont exacerbées dans les centres de détention forcée où sont parfois envoyés les usagers de drogues afin de les « traiter », qui continuent à fonctionner dans de nombreux pays en dépit des inquiétudes qu’ils suscitent du point de vue des droits humains.⁸²

Partout dans le monde, les drogues sont très répandues en prison, bien que les autorités s’appliquent à nier ce fait. Les détenus n’ont cependant que rarement accès à des mesures de réduction des risques. Sur les 158 pays ayant fait état de consommations de drogues par injection, 10 seulement offrent en prison des programmes de mise à disposition de matériel stérile et 41 des possibilités de suivre une thérapie de substitution aux opiacés.³

L’absence de ces services dans les lieux de détention a un impact certain sur le suivi du traitement de l’hépatite et sur les chances de guérison, et ce, dès l’arrestation. Les gouvernements doivent de toute urgence mettre en place des politiques de promotion de la santé des usagers de drogues dans les institutions carcérales. En parallèle, ils doivent élargir les possibilités de recourir à des alternatives à l’incarcération, y compris la décriminalisation de la consommation et de la possession de drogues pour usage personnel.

Les mesures répressives empêchent l'accès aux services

De nombreux gouvernements continuent à donner la priorité à une politique punitive des drogues faisant obstacle au développement et à la diffusion de mesures de réduction des risques pour les usagers de drogues. Malgré une accumulation de preuves et un guide technique démontrant l'efficacité et la faisabilité de ces mesures, elles ne touchent pas suffisamment de personnes à l'échelle mondiale. Les programmes de mise à disposition de matériel stérile sont inexistant dans plus de 70 pays et territoires ayant fait état d'une consommation de drogues par injection.³ La Fédération de Russie continue à interdire les médicaments utilisés dans les traitements de substitution par les opiacés (méthadone et buprénorphine), refusant ces substances éprouvées à plus de 1.8 million d'usagers de drogues et ne manifestant aucune volonté d'évoluer sur ce point.

Même lorsque ces services sont offerts aux usagers de drogues, la peur constante d'être arrêté et harcelé par la police rend l'adhérence au traitement difficile.

Même là où la population générale a accès au traitement contre l'hépatite, les usagers de drogues doivent souvent subir stigmatisation et discrimination et en sont de ce fait exclus. Les structures médicales répondent rarement à leurs besoins particuliers, alors que la collaboration peut être couronnée de succès dans les structures intégrées basées sur une approche communautaire.⁸³ Faciliter l'accès à ces services permettra d'augmenter le recours et l'adhérence au traitement, et rapportera des bénéfices substantiels en matière de prévention de l'hépatite C et des coûts liés aux pathologies subséquentes. Les quelques programmes ciblés à l'intention des usagers de drogues sont malheureusement souvent d'éternels « projets pilotes » limités à un public restreint et dépendants de donateurs externes – par opposition à des initiatives systématiques plus largement accessibles. Les gouvernements doivent jeter davantage de forces dans la bataille pour prévenir des atteintes à la santé publique telles que l'hépatite C, plutôt que de gaspiller des ressources dans des politiques répressives – qui sont au mieux inefficaces, et au pire exacerbent les dommages liés à la drogue.

BONNE PRATIQUE : LE PLAN D'ACTION NATIONAL CONTRE L'HÉPATITE C DE L'ÉCOSSE⁸⁷

Mises en œuvre à l'échelle nationale, les stratégies qui ont fait leurs preuves contre l'hépatite C peuvent permettre de réduire la charge financière et sociétale de l'épidémie. Le plan d'action national contre l'hépatite C de l'Écosse fournit l'exemple impressionnant d'une stratégie nationale ayant porté ses fruits auprès des usagers de drogues. Sur une période de six ans, le dépistage, la prévention et le traitement de l'hépatite C ont tous été améliorés.

Le plan d'action en deux phases a été lancé en 2006. Il visait à impliquer tous les partenaires dans la construction d'une structure gouvernementale solide. Il reconnaissait explicitement que les usagers de drogues constituaient le principal groupe à risque du pays pour l'hépatite C, et en tenait compte pour l'allocation des ressources. En voici les résultats les plus significatifs :

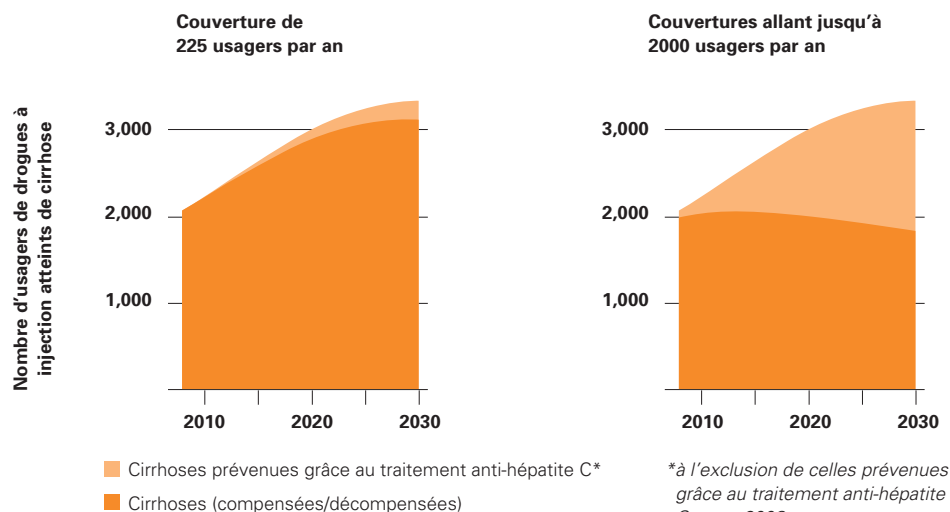
- Quatre à six fois plus de sets d'injection stériles mis à disposition des usagers de drogues, comprenant des aiguilles, des seringues, des filtres et des cuillères.
- Une augmentation du nombre de dépistages, principalement dans les prisons et les services de consultations pour usagers de drogues.

- Une meilleure compréhension de ce qu'est l'hépatite C grâce à toute une série d'initiative encourageant le dépistage.
- Deux fois plus de personnes bénéficiant d'un traitement contre l'hépatite C, y compris des usagers de drogues, suite à un développement des services de soins.
- Huit fois plus de détenus traités contre l'hépatite C.
- Une baisse notable des nouvelles infections à l'hépatite C.

La mise en œuvre et l'évaluation du Plan d'Action écossais se poursuivent, avec des perspectives d'amélioration dans la prise en charge et le pronostic de l'hépatite C chez les usagers de drogues. Un modèle mathématique a ainsi été utilisé pour prédire l'impact du traitement de l'hépatite C sur le nombre de cas de cirrhoses du foie et de pathologies hépatiques en Écosse. Comme le montre le graphique ci-dessous, traiter chaque années 2000 personnes consommant des drogues contre l'hépatite C permettra de prévenir plus de 1000 cas de cirrhose du foie en 2030.⁸⁸

FIGURE 2.

Nombre d'usagers de drogues par injection développant une cirrhose du foie en fonction de l'accès au traitement de l'hépatite C. Modélisation 2008-2030 à partir des données obtenues en Écosse⁸⁹.



LES APPROCHES DE SANTÉ PUBLIQUE PEUVENT SUPPRIMER LE PROBLÈME : LES IGNORER SIGNIFIE PERDRE TOUT CONTRÔLE SUR L'ÉPIDÉMIE

Lorsque les réglementations en matière de drogues sont ajustées aux objectifs de santé publique au lieu de lutter en vain pour une société sans drogues, elles sont en mesure de protéger contre la transmission du virus de l'hépatite C.⁸⁴ L'hépatite C peut être prévenue et guérie – et il a été prouvé que les usagers de drogues sont aussi capables que les autres individus de suivre le traitement jusqu'au bout.⁸⁵

Des exemples existent qui montrent que des campagnes nationales de santé publique peuvent être menées avec succès pour sensibiliser la population au problème de l'hépatite C et en améliorer ainsi le dépistage et le traitement.^{49,86} C'est notamment le cas en Ecosse, avec le plan d'action décrit ci-dessous. Il a été prouvé à plusieurs reprises que les approches de santé publique et de réduction des risques n'augmentent pas la consommation de drogues. Elles conduiraient au contraire à la faire diminuer en créant un environnement dans lequel les gens ne se sentent pas jugés ou discriminés lorsqu'ils s'adressent à des services thérapeutiques.

En dépit du bon sens, de nombreux gouvernements continuent à promouvoir des approches répressives contreproductives et finalement vaines pour éradiquer le marché de la drogue. Les drogues restent aussi accessibles et répandues qu'elles l'ont toujours été.

Notre compréhension des conséquences négatives de la « guerre contre la drogue » a néanmoins progressé. Les incarcérations de masse et l'approche répressive empêchent les usagers de drogues d'accéder à des services qui peuvent potentiellement sauver leurs vies, alors que la stigmatisation, la discrimination et les situations de maltraitance auxquels ces personnes sont confrontées augmentent le risque de transmission de l'hépatite.

Le silence qui pesait sur les effets désastreux de la « guerre contre la drogue » a été rompu et un mouvement de réforme se manifeste aujourd'hui de plus en plus clairement. Les réglementations et les pratiques en vigueur commencent à faire l'objet de critiques de la part des gouvernements et du public.

Il est urgent d'agir.

La détention est utilisée comme un traitement contre l'addiction à Phnom Penh, au Cambodge. Cette image est tirée du film « La violence n'est pas la solution », utilisé dans une campagne de sensibilisation pour mettre fin à la torture dans le domaine des soins de santé - « stop torture in healthcare », organisée par la Fondation Open Society.

© Scot Anger et Bob Sacha pour la Fondation Open Society



REFERENCES

- 1 Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al (2008). Global Epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs : a systematic review. *Lancet* ; 372(9651): 1733-1745.
- 2 Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, 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.
- 3 Harm Reduction International (2012). The global state of harm reduction 2012: towards an integrated response. Available from: <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>
- 4 Vickerman P, Hickman M, May M, et al (2010). Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users?: an ecological analysis. *Addiction*; 105(2): 311-318.
- 5 Rhodes T, Platt L, Judd A, et al (2005). Hepatitis C virus infection, HIV co-infection, and associated risk among injecting drug users in Togliatti, Russia. *Int J STD AIDS*; 16(11): 749-754.
- 6 MacDonald M, Crofts N, Kaldor J (1996). Transmission of hepatitis C virus: rates, routes, and cofactors. *Epidemiol Rev*; 18(2): 137-148.
- 7 Garfein RS, Vlahov D, Galai N, et al (1996). Viral infections in short term injecting drug users: the prevalence of hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency and human T-lymphotropic viruses. *Am J Public Health*; 86: 655-661.
- 8 World Hepatitis Alliance (2008). The World Hepatitis Atlas: completing the data map.
- 9 ECDC and EMCDDA (2011). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm: ECDC and EMCDDA.
- 10 Hagan LM, Schinazi RF (2013). Best strategies for global HCV eradication. *Liver Int*; 33 Suppl 1: 68-79.
- 11 Jurgens R, Ball A, Verster A (2009). Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis*; 9(1): 57-66.
- 12 Falster K, Kaldor JM, Maher L (2009). Hepatitis C virus acquisition among injecting drug users: a cohort analysis of a national repeated cross-sectional survey of needle and syringe program attendees in Australia, 1995-2004. *J Urban Health*; 86(1): 106-118.
- 13 Sarang A, Rhodes T, Sheon N, Page K (2010). Policing drug users in Russia: risk, fear, and structural violence. *Subst Use Misuse*; 45(6): 813-864.
- 14 Sutton AJ, Edmunds WJ, Gill ON (2006). Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison. *BMC Public Health*; 6: 170.
- 15 Hunt DR, Saab S (2009). Viral hepatitis in incarcerated adults: a medical and public health concern. *Am J Gastroenterol*; 104(4): 1024-1031.
- 16 Friedman SR, Kippax SC, Phaswana-Mafuya N, et al (2006). Emerging future issues in HIV/AIDS social research. *AIDS*; 20(7): 959-965.
- 17 Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J (2009). Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. *Clin Infect Dis*; 49(4): 561-573.
- 18 Weinbaum C, Lyerla R, Margolis HS (2003). Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. *MMWR Recomm Rep*; 52 (RR-1): 1-36.
- 19 Tan JA, Joseph TA, Saab S (2008). Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving. *Hepatology*; 48(5): 1387-1395.
- 20 Rice JP, Burnett D, Tsotsis H, et al (2012). Comparison of hepatitis C virus treatment between incarcerated and community patients. *Hepatology*; 56(4): 1252-1260.
- 21 Sepkowitz KA (1996). Occupationally acquired infections in health care workers. *Ann Intern Med*; 125(11): 917-928.
- 22 Painsil E, He H, Peters C, et al (2010). Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users. *J Infect Dis*; 202(7): 984-990.
- 23 Doerrbecker J, Behrendt P, Mateu-Gelabert P, et al (2013). Transmission of hepatitis C virus among people who inject drugs: viral stability and association with drug preparation equipment. *J Infect Dis*; 207(2): 281-287.
- 24 Vickerman P, Martin N, Turner K, Hickman M (2012). Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence?: model projections for different epidemic settings. *Addiction*; 107(11): 1984-1995.
- 25 Shepard CW, Finelli L, Alter MJ (2005). Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *Lancet Infect Dis*; 5: 558-567.
- 26 Scheinmann R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, et al (2007). Non-injection drug use and hepatitis C virus: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*; 89(1): 1-12.
- 27 Te HS, Jensen DM (2010). Epidemiology of hepatitis B and C viruses: a global overview. *Clin Liver Dis*; 14(1): 1-21, vii.
- 28 World Health Organization (2012). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis>
- 29 Thein HH, Yi Q, Dore GJ, Krahn MD (2008). Estimation of stage-specific fibrosis progression rates in chronic hepatitis C virus infection: a meta-analysis and meta-regression. *Hepatology*; 48(2): 418-431.
- 30 Grebely J, Raffa JD, Lai C, et al (2011). Impact of hepatitis C virus infection on all-cause and liver-related mortality in a large community-based cohort of inner city residents. *J Viral Hepat*; 18(1): 32-41.
- 31 Gibson A, Randall D, Degenhardt L (2011). The increasing mortality burden of liver disease among opioid-dependent people: cohort study. *Addiction*; 106(12): 2186-2192.
- 32 Ly KN, Xing J, Klevens RM, et al (2012). The increasing burden of mortality from viral hepatitis in the United States between 1999 and 2007. *Ann Intern Med*; 156(4): 271-278.
- 33 Canadian HIV/AIDS Legal Network, et al (2008). "Viral time bomb": health and human rights challenges in addressing hepatitis C in Canada. Available from: www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=2016
- 34 Cook C, Kanaef N (2008). The global state of harm reduction: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics. Available from: <http://www.ihra.net/contents/551>
- 35 International Harm Reduction Association (2010). The global state of harm reduction: key issues for broadening the response. Available from: www.ihra.net/contents/535
- 36 Thomas DL, Leoutsakas D, Zabransky T, Kumar MS (2011). Hepatitis C in HIV-infected individuals: cure and control, right now. *J Int AIDS Soc*; 14: 22.

- 37 Taylor LE, Swan T, Mayer KH (2012). HIV coinfection with hepatitis C virus: evolving epidemiology and treatment paradigms. *Clin Infect Dis*; 55 Suppl 1: S33-S42.
- 38 Grebely J, Oser M, Taylor LE, Dore GJ (2013). Breaking down the barriers to hepatitis C virus (HCV) treatment among individuals with HCV/HIV coinfection: action required at the system, provider, and patient levels. *J Infect Dis*; 207 Suppl 1: S19-S25.
- 39 Roux P, Fugon L, Winnock M, et al (2012). Positive impact of hepatitis C virus (HCV) treatment on antiretroviral treatment adherence in human immunodeficiency virus-HCV coinfecting patients: one more argument for expanded access to HCV treatment for injecting drug users. *Addiction*; 107(1): 152-159.
- 40 Hagan H, Thiede H, Des Jarlais DC (2005). HIV/hepatitis C virus coinfection in drug users: risk behavior and prevention. *AIDS*; 19 Suppl 3: S199-S207.
- 41 Thiede H, Hagan H, Murrill CS (2000). Methadone treatment and HIV and hepatitis B and C risk reduction among injectors in the Seattle area. *J Urban Health*; 77(3): 331-345.
- 42 Turner KM, Hutchinson S, Vickerman P, et al (2011). The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*; 106(11): 1978-1988.
- 43 Van Den BC, Smit C, Van BG, et al (2007). 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*; 102(9): 1454-1462.
- 44 Vickerman P, Martin NK, Hickman M (2013). Could low dead-space syringes really reduce HIV transmission to low levels? *Int J Drug Policy*; 24(1): 8-14.
- 45 Vickerman P, Martin N, Turner K, Hickman M (2012). Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings. *Addiction*; 107(11): 1984-1995.
- 46 Martin NK, Vickerman P, Foster GR, et al (2011). Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations?: a modeling analysis of its prevention utility. *J Hepatol*; 54(6): 1137-1144.
- 47 Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, et al (2010). Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*; 376(9737): 285-301.
- 48 Rhodes T, Mikhailova L, Sarang A, et al (2003). Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. *Soc Sci Med*; 57(1): 39-54.
- 49 Hagan LM, Schinazi RF (2013). Best strategies for global HCV eradication. *Liver Int*; 33 Suppl 1: 68-79.
- 50 Hatzakis A, Wait S, Bruix J, et al (2011). The state of hepatitis B and C in Europe: report from the hepatitis B and C summit conference. *J Viral Hepat*; 18 Suppl 1: 1-16.
- 51 Lindenburg CE, Lambers FA, Urbanus AT, et al (2011). Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *Eur J Gastroenterol Hepatol*; 23(1): 23-31.
- 52 Lindenburg CE, Lambers FA, Urbanus AT, et al (2011). Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *Eur J Gastroenterol Hepatol*; 23(1): 23-31.
- 53 Mehta SH, Genberg BL, Astemborski J, et al (2008). Limited uptake of hepatitis C treatment among injection drug users. *J Community Health*; 33(3): 126-133.
- 54 Grebely J, Petoumenos K, Matthews GV, et al (2010). Factors associated with uptake of treatment for recent hepatitis C virus infection in a predominantly injecting drug user cohort: The ATACH Study. *Drug Alcohol Depend*; 107(2-3): 244-249.
- 55 Grebely J, Raffa JD, Lai C, et al (2009). Low uptake of treatment for hepatitis C virus infection in a large community-based study of inner city residents. *J Viral Hepat*; 16(5): 352-358.
- 56 Strathdee SA, Latka M, Campbell J, et al (2005). Factors associated with interest in initiating treatment for hepatitis C Virus (HCV) infection among young HCV-infected injection drug users. *Clin Infect Dis*; 40 Suppl 5: S304-S312.
- 57 Robaey G, Grebely J, Mauss S, et al (2013). Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *Clin Infect Dis*; in press.
- 58 Martin NK, Vickerman P, Grebely J, et al (2013). HCV treatment for prevention among people who inject drugs: modeling treatment scale-up in the age of directacting antivirals. *Hepatology*; in press.
- 59 Martin NK, Vickerman P, Miners A, et al (2012). Cost-effectiveness of hepatitis C virus antiviral treatment for injection drug user populations. *Hepatology*; 55(1): 49-57.
- 60 Minister of Health of the Republic of Lithuania (2008). Order of Minister of Health of the Republic of Lithuania on the approval of the description of the procedure of diagnostic and treatment of chronic HCV with reimbursable medicines. Report Number V-613.
- 61 Liakina V, Valantinas J (2012). Anti-HCV prevalence in the general population of Lithuania. *Med Sci Monit*; 18(3): PH28-35.
- 62 Lithuanian Drug, Tobacco and Alcohol Control Department (2012). Annual report.
- 63 Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, 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.
- 64 National Institute for Health and Clinical Excellence (2012). Hepatitis B and C: ways to promote and offer testing to people at risk of infection. Available from: <http://publications.nice.org.uk/hepatitis-b-and-c-ways-to-promote-and-offer-testing-to-people-at-increased-risk-of-infection-ph43>
- 65 Ng MH, Chou JY, Chang TJ, et al (2013). High prevalence but low awareness of hepatitis C virus infection among heroin users who received methadone maintenance therapy in Taiwan. *Addict Behav*; 38(4): 2089-2093.
- 66 Treloar C, Rhodes T (2009). The lived experience of hepatitis C and its treatment among injecting drug users: qualitative synthesis. *Qual Health Res*; 19(9): 1321-1334.
- 67 Paterson BL, Backmund M, Hirsch G, Yim C (2007). The depiction of stigmatization in research about hepatitis C. *Int J Drug Policy*; 18(5): 364-373.
- 68 Ford N, Singh K, Cooke GS, et al (2012). Expanding access to treatment for hepatitis C in resource-limited settings: lessons from HIV/AIDS. *Clinical Infectious Diseases*; 54: 1465-1472.

- 69 Ocheret D, Bismukhametov D, Sultangaziev A, Matuzaite E (2013). Current situation regarding access to hepatitis C treatment in Eastern Europe and Central Asia. Available from: http://www.harm-reduction.org/images/stories/News_PDF_2013/hep_c_policy_brief_update_en.pdf
- 70 von Schoen-Angerer T, Cohn J, Swan T, Piot P (2013). UNAIDS can address HCV/HIV co-infection. *Lancet*; 381(9867): 628.
- 71 Hoover J (2009). Shining a light on a hidden epidemic: why and how civil society advocates can support the expansion of hepatitis C treatment in Eastern Europe and Central Asia. Available from: <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/shining-light-hidden-epidemic>
- 72 International HIV/AIDS Alliance in Ukraine (2013). The Alliance plans to provide treatment of viral hepatitis C for 50 HIV-positive SMT [substitution maintenance therapy] patients. Available from: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/news/pdf/03_2013/GF_VHC_eng.pdf
- 73 Order of the President of Ukraine of 28 December 2012 On Issues Regarding Prevention of Spread of Epidemics of Tuberculosis, HIV/AIDS and Viral Hepatitis.
- 74 Department of Information and Public Communication of the Cabinet of Ministers of Ukraine (2013). Prime Minister has completed his task to adopt a targeted programme on prevention and treatment of viral hepatitis. 29.04.2013 [in Ukrainian]. Available from: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=246305333&cat_id=244276429
- 75 Liu S, Cipriano LE, Holodny M, et al (2012). New protease inhibitors for the treatment of chronic hepatitis C: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med*; 156(4): 279-290.
- 76 World Trade Organization (2006). TRIPS and pharmaceutical patents. Available from: www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/tripsfactsheet_pharma_2006_e.pdf
- 77 Global Commission on Drug Policy (2011). War on drugs. Available from: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
- 78 United Nations (1972). Single Convention on Narcotic Drugs, 1961: as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.
- 79 Global Commission on Drug Policy (2012). The war on drugs and HIV/AIDS: how the criminalization of drug use fuels the global pandemic. Available from: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
- 80 United Nations (2013). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. Available from: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
- 81 Friedland G (2010). Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 55 Suppl 1: S37-S42.
- 82 United Nations (2012). Joint statement: compulsory drug detention and rehabilitation centres. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf
- 83 Wilkinson M, Crawford V, Tippet A, et al (2009). Community-based treatment for chronic hepatitis C in drug users: high rates of compliance with therapy despite ongoing drug use. *Aliment Pharmacol Ther*; 29(1): 29-37.
- 84 <http://supportdontpunish.org/>
- 85 Dimova RB, Zeremski M, Jacobson IM, et al (2012). Determinants of hepatitis C virus treatment completion and efficacy in drug users assessed by meta-analysis. *Clin Infect Dis*; 56(6): 806-816.
- 86 Delarocque-Astagneau E, Meffre C, Dubois F, et al (2010). The impact of the prevention programme of hepatitis C over more than a decade: the French experience. *J Viral Hepat*; 17(6): 435-443.
- 87 Health Protection Agency (2011). Hepatitis C in the UK: 2011 report. Available from: http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1309969906418
- 88 Economist Intelligence Unit (2012). The silent pandemic: tackling hepatitis C with policy innovation. Available from: http://www.janssen-emea.com/sites/default/files/The%20Silent%20Pandemic%20-%20Tackling%20Hepatitis%20C%20with%20Policy%20Innovation%20FINAL_0.PDF
- 89 Hutchinson SJ, Weir A, Bird SM, Goldberg DJ (2008). Modelling the impact of antiviral therapy on the future health and economic burden of chronic hepatitis C in Scotland. *J Hepatology*; 48 (Suppl 2): S297.

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT SUR LA « GUERRE CONTRE LA DROGUE » DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIERE DE DROGUES

1. Briser le tabou. Mener un débat ouvert et favoriser des politiques réellement efficaces pour faire baisser la consommation et réduire les risques induits par les mesures de contrôle des drogues.
2. Plutôt que de criminaliser et de punir les usagers de drogues, permettre à ceux qui en ont besoin de bénéficier de services sanitaires et de traitements médicaux.
3. Encourager les gouvernements à expérimenter des modèles de régulation des drogues (par exemple du cannabis) qui privent le crime organisé de son terrain d'action et protègent la santé et la sécurité des citoyens.
4. Affiner les instruments quantitatifs, indicateurs et objectifs servant à mesurer les progrès.
5. Dénoncer les opinions fallacieuses au sujet du marché des drogues, de la consommation et de la dépendance plutôt que les renforcer.
6. Les pays qui continuent de tout miser sur une approche punitive, notoirement inefficace, doivent concentrer leurs actions répressives contre le crime organisé violent et les trafiquants de drogues, afin de réduire les effets néfastes du marché illégal des drogues.
7. Préférer des solutions alternatives à l'emprisonnement pour les petits trafiquants n'ayant pas d'antécédents pénaux.
8. Investir davantage de moyens dans des actions de préventions validées par des recherches scientifiques, en particulier à destination des jeunes.
9. Offrir un large éventail de traitements et de mesures sanitaires aux personnes toxicodépendantes, y compris des traitements de substitution et de distribution contrôlée d'héroïne, en portant une attention spéciale à celles qui sont les plus exposées aux risques, notamment dans les prisons et les lieux de détention.
10. Les Nations Unies doivent assumer un rôle moteur dans la réforme des politiques de drogues à l'échelle mondiale. Cela implique de militer pour une approche efficaces ayant fait ses preuves, d'assister les pays dans la mise en place de politiques des drogues adaptées à leur contexte particulier et de s'assurer de la cohérence entre les diverses agences, régulations et accords internationaux.
11. Il est urgent d'agir! La guerre à la drogue a échoué, et les politiques doivent changer maintenant.

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT « LA GUERRE CONTRE LA DROGUE ET LE VIH/SIDA » DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

Les mesures suivantes doivent être prises par les leaders nationaux, le Secrétaire général des Nations Unies, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, l'ONUSIDA et la Commission des stupéfiants :

1. Reconnaître le lien de causalité entre la guerre contre la drogue et la propagation du sida, de la violence liée au trafic et de toute une série de fléaux sanitaires et sociaux (dont l'hépatite C), pour pouvoir s'attaquer à ces causes.
2. Réagir au fait que les comportements à risque face au VIH sont une conséquence des politiques répressives pour contrôler les drogues et de l'insuffisance des moyens alloués à des approches fondées sur des preuves scientifiques - comportements à risque qui dans de nombreux pays sont responsable au premier chef de la flambée de l'épidémie.
3. Faire pression sur les gouvernements nationaux pour qu'ils cessent d'arrêter et d'emprisonner les personnes qui consomment des drogues sans causer de préjudice à autrui.
4. Remplacer les mesures inefficaces visant à criminaliser et à punir les usagers de drogues par des interventions ayant prouvé qu'elles étaient à même de respecter les droits des personnes et de réduire significativement les conséquences négatives de la consommation de drogues pour les individus et les collectivités, tout en respectant les droits des personnes.
5. Les pays qui ne prennent pas suffisamment de mesures de santé publique efficaces doivent immédiatement mettre en œuvre à large échelle des stratégies éprouvées pour réduire les cas d'infections au VIH et protéger la santé des usagers de drogues, y compris par des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues stériles. Manquer à cette tâche est criminel.
6. Des fonds publics et privés doivent être investis dans l'offre d'une large gamme de soins et de traitements, facilement accessibles, pour les dépendances aux drogues, y compris les traitements de substitution ou la prescription d'héroïne. Ces stratégies font baisser les pathologies et la mortalité en limitant la taille et les effets néfastes du marché des drogues illégales par réduction de la demande.
7. À tous les échelons du pouvoir politique, local aussi bien qu'international, les autorités doivent reconnaître que la guerre à la drogue a massivement échoué à freiner l'approvisionnement ; il leur faut en conséquence se fonder sur d'autres critères que ceux qui servent conventionnellement à mesurer le « succès » de la répression (nombre d'arrestations, de saisies, de condamnations), mais ne correspondent à aucun effet bénéfique pour les collectivités.
8. Les indicateurs utilisés pour évaluer le succès d'une régulation politique des drogues doivent faire sens pour les collectivités, par exemple réduction du taux de contamination au VIH et à d'autres pathologies infectieuses (notamment hépatite C), baisse du nombre de décès par overdose, baisse du nombre de personnes incarcérées, diminution de la violence liée au trafic, réduction du taux de consommation problématique de drogues.
9. Il faut enjoindre les agences des Nations Unies en charge de la santé publique à jouer un rôle moteur dans la réponse à apporter à la consommation de drogues et à promouvoir des approches dont l'efficacité est reconnue. Les autres agences, y compris l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), doivent être soumises à une évaluation externe indépendante pour garantir que les mesures qu'elles recommandent ne sont pas dommageables pour la santé et la sécurité publiques.
10. Il est urgent d'agir : la guerre contre les drogues a échoué, et des millions de nouveaux cas d'infection au VIH et de décès dus au sida peuvent être évités si des mesures sont prises dès maintenant.

LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

La Commission globale de politique en matière de drogues a pour mission de promouvoir un débat ouvert fondé sur des arguments scientifiques au sujet des approches les plus efficaces pour réduire les dommages causés par les drogues aux personnes et aux sociétés, dans le respect de la dignité humaine.

BUTS

- Examiner les fondements idéologiques, l'efficacité et les conséquences de l'approche de la « guerre contre la drogue »
- Evaluer les risques et les bénéfices des différentes stratégies nationales mises en œuvre face aux drogues
- Elaborer des recommandations factuelles pour reformuler de manière constructive les lois et pratiques en matière de drogues, afin de protéger la santé et la sécurité des populations

