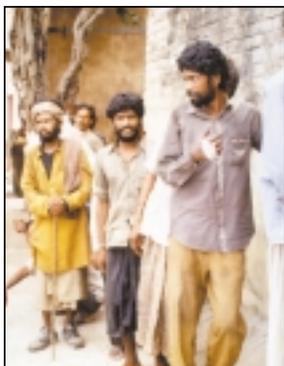
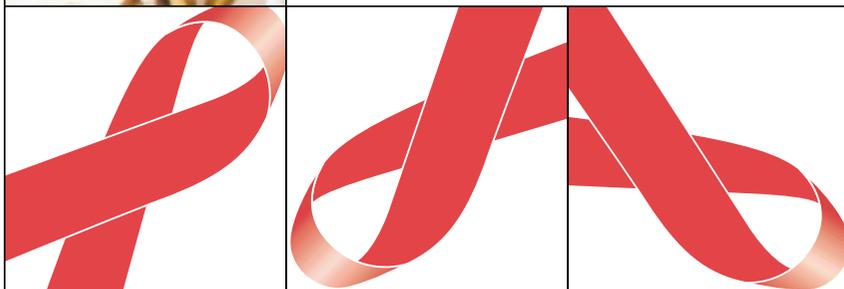


Le Réseau asiatique de Réduction des Risques (AHRN)



*Soutien aux actions contre le
VIH et la consommation de
drogues injectables en Asie*



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
Etude de cas

août 2001

Photographies:
Centrale d'information de l'AHRN

*Photo de couverture: Conséquences sociales de la consommation de drogues
(source: Centrale d'information de l'AHRN)*

**ONUSIDA/01.51F (version française, août 2001)
ISBN : 92-9173-062-9**

Version originale anglaise, UNAIDS/01.28E, mai 2001:
*The Asian Harm Reduction Network –
Supporting Responses to HIV and Injecting Drug Use in Asia*
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2001. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres.

Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Le Réseau asiatique de Réduction des Risques (AHRN)

Soutien aux actions contre le
VIH et la consommation de
drogues injectables
en Asie



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Les auteurs sont seuls responsables du contenu et des opinions exprimées dans ce document. L'étude de cas a été réalisée à la demande du Secrétariat de l'ONUSIDA en collaboration avec le Réseau asiatique de Réduction des Risques (l'AHRN). Le travail initial et le rapport préliminaire sont l'œuvre de Paul Deany, le premier coordinateur du Réseau. Il est à présent Responsable de Projets au Centre for Risk Reduction, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research de Melbourne en Australie. Le rapport préliminaire a été envoyé à divers membres de l'AHRN. La version finale a été préparée avec la contribution substantielle d'une équipe dirigée par Ton Smits, l'actuel Directeur exécutif de l'AHRN. Olusoji Adeyi était la personne responsable au Secrétariat de l'ONUSIDA à Genève.

LE RÉSEAU ASIATIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES (AHRN)

Soutien aux actions contre le VIH et la consommation de drogues injectables en Asie

Table des matières

Préface par l'ONUSIDA	5
Préface par le Président du Réseau asiatique de Réduction des Risques	6

I. Résumé d'orientation	8
--------------------------------------	----------

II. Introduction	10
-------------------------------	-----------

III. Contexte	10
A. Épidémiologie de la consommation de drogues en Asie	11
B. Vulnérabilité des consommateurs de drogues au VIH/SIDA	12
C. Consommation de drogues et VIH/SIDA: que faut-il faire?	15
D. Politiques relatives à la drogue et au VIH/SIDA en Asie	16
E. Les pionniers d'une approche globale	19

IV. La naissance du Réseau asiatique de Réduction des Risques	20
A. Mise en place d'un réseau de ressources techniques	21
B. Développement et pérennisation du réseau	22
C. Adaptation de la structure de gestion	23
D. Membres	24

V. Activités principales de l'AHRN	26
A. Diffusion de l'information	26
B. Renforcement des capacités	27
C. Sensibilisation	28
D. Constitution de réseaux	30

VI. Evaluation de l'impact de l'AHRN	31
A. Mise en commun de l'information	32
B. Développement des capacités	33
C. Sensibilisation	34
D. Expansion de la riposte au VIH et à la consommation de drogues injectables	36

VII. Orientations futures	37
A. Pérennité	37
B. Représentation et implication des membres	38
C. Accès à l'information	40
D. Activités du réseau	40

VIII. Discussion: les bénéfices des réseaux de réduction des risques	42
A. Renforcement des ripostes et réduction de l'isolement	42
B. Etablissement de normes	43
C. Regroupement de l'expertise	43

IX. Conclusion	44
-----------------------------	-----------

X. Enseignements tirés de l'AHRN	45
A. Création et gestion de l'AHRN	45
B. Impact des activités	46
C. Questions relatives au réseau	46

Préface par l'ONUSIDA

Avec l'apparition du VIH/SIDA dans les années 1980, le problème de la consommation de drogues en Asie est entré dans une phase nouvelle et plus dangereuse. En effet, le virus du SIDA est, entre autres, transmis par l'utilisation commune par les consommateurs de drogues d'aiguilles, de seringues et autres instruments contaminés. Comme de nombreux pays d'Asie sont confrontés à un grave problème de consommation de drogues et que d'autres pays y sont très vulnérables, la prévention du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues est l'un des domaines prioritaires de l'ONUSIDA dans cette région.

Ceux qui travaillent dans le domaine de la prévention de la consommation de drogues et du VIH/SIDA savent parfaitement qu'aucune intervention simple ne peut résoudre le problème en peu de temps. Les consommateurs de drogues constituent une population très vulnérable et souvent peu accessible aux interventions préventives en raison de l'environnement juridique et politique de nombreux pays. Beaucoup d'entre eux sont très pauvres, facteur qui contribue à leur vulnérabilité. Les services sanitaires et sociaux sont rarement équipés pour répondre à leurs besoins. Les droits des consommateurs de drogues sont souvent violés et dans plusieurs communautés, ils servent de boucs émissaires à divers fléaux sociaux. Les mesures de réduction des risques ne peuvent réussir que si nous rendons plus favorable l'environnement juridique et politique dans lequel nous offrons ces interventions, si nous fournissons les structures de santé et de réinsertion nécessaires, si nous combattons la pauvreté et si nous parvenons à modifier l'image terriblement négative que la plupart des gens attribuent aux consommateurs de drogues. Pendant ces dernières années, l'ONUSIDA, particulièrement l'Equipe interpays Asie-Pacifique et le Réseau asiatique de Réduction des Risques, se sont concentrés sur la réduction de la vulnérabilité des consommateurs de drogues.

L'ONUSIDA et le Réseau asiatique de Réduction des Risques ont une histoire et une philosophie en grande partie communes: les deux organisations ont débuté leur travail en 1996, la constitution de réseaux est un de leurs outils principaux et toutes deux considèrent le VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues comme un domaine prioritaire. Nous estimons que la synergie est indispensable à l'efficacité des ripostes: l'ONUSIDA avec ses coparrainants et partenaires clés; le Réseau asiatique de Réduction des Risques avec ses membres.

Au cours des dernières années, nous avons obtenu quelques résultats dans la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues, particulièrement dans le domaine de la sensibilisation; ces résultats n'ont été possibles que parce que nous avons travaillé en tandem. Mais il reste beaucoup à faire à chacun de nous, l'ONUSIDA comme le Réseau asiatique de Réduction des Risques. Nous continuons à voir des taux de prévalence effrayants chez les consommateurs de drogues dans de nombreux pays d'Asie et il n'y a toujours pas d'interventions appropriées à grande échelle. Nous savons comment prévenir la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues et nous avons élaboré les outils nécessaires. Le temps est venu de mettre nos programmes en œuvre à grande échelle et ceci exige à nouveau que nous unissions nos forces.

Cette étude de cas démontre que le Réseau asiatique de Réduction des Risques a le potentiel de dynamiser à nouveau notre action, de fournir les capacités d'acquisition de compétences en vue d'interventions à grande échelle et d'aider tous les membres des communautés à faire ce qui doit être fait. En regardant rétrospectivement notre histoire

commune, je suis convaincu que l'Equipe interpays avec ses coparrainants et partenaires et le Réseau asiatique de Réduction des Risques avec ses nombreux membres compétents peuvent y contribuer significativement. En coopérant, nous pouvons réduire l'incidence de l'infection à VIH et d'autres risques liés à la consommation de drogues en Asie et apporter soins et soutien à ceux qui en ont besoin.

*Dr Wiwat Rojanapithayakorn
Chef d'équipe, ONUSIDA / Equipe interpays Asie-Pacifique
Bangkok, décembre 2000*

Préface par le Président du Réseau asiatique de Réduction des Risques

Au cours des deux dernières décennies, de nombreux pays de la région asiatique ont été témoins de modifications dramatiques de la consommation des drogues avec un passage de nombreux consommateurs des drogues inhalées aux drogues injectables. Ces changements ont entraîné une détérioration de l'état de santé des consommateurs. Le marché asiatique a été inondé de formes de drogues nouvelles et plus puissantes et il y a eu une augmentation rapide du nombre de consommateurs de drogues à travers toute l'Asie. Les obstacles juridiques et sociaux à la mise à disposition d'aiguilles et de seringues ont amené les usagers à faire leurs injections avec des instruments inappropriés et sans l'hygiène requise. Nous avons commencé à voir des plaies et de vilains abcès chez les consommateurs de drogues injectables (CDI) et une augmentation rapide du nombre de consommateurs infectés par l'hépatite B/C et le VIH.

Alors que les conséquences dramatiques de la consommation de drogues injectables se sont spectaculairement accrues au fil des années, les services de prévention, de traitement et de soins offerts aux consommateurs de drogues restent toujours très insuffisants. La majeure partie des services existants ne propose qu'une désintoxication ou une rééducation à court terme, souvent dans des conditions inhumaines et dissuasives. Beaucoup de services ne tiennent toujours pas compte du fait que la consommation de drogues est un problème chronique et récurrent qui nécessite un traitement et des soins à long terme. Dans certaines régions d'Asie, les hôpitaux refusent encore de traiter un malade si les médecins s'aperçoivent qu'il s'agit d'un consommateur de drogues. Dans d'autres endroits, les autorités continuent à mettre en prison les consommateurs de drogues et menacent même de poursuites judiciaires les personnes et les organisations qui tentent de leur venir en aide.

En dépit d'offensives à grande échelle dans les diverses «guerres contre la drogue» en Asie, la prévalence de la consommation de drogues continue à augmenter. Dans certains pays

asiatiques, la consommation de drogues injectables a nourri l'épidémie de VIH et sa prévalence est dramatiquement élevée chez les CDI. Nous disposons néanmoins de très peu de résultats de recherche visant à déterminer pourquoi les consommateurs de drogues ont recours à l'utilisation commune de matériel d'injection tout en connaissant le danger inhérent sur les plans sanitaire et social.

Il est consternant de voir que malgré la preuve éclatante que constituent les taux élevés de rechute et l'impuissance de la désintoxication seule à combattre les graves problèmes de santé publique liés à la consommation de drogues, les méthodes traditionnelles s'évertuant à obtenir l'abstinence sont toujours utilisées dans toute la région. Parmi nous, beaucoup de ceux qui travaillent sur le terrain ont commencé de la même manière mais, devant des résultats décevants, ont mis en œuvre un traitement, une rééducation et des soins novateurs et appropriés qui ont fait la preuve de leur plus grande efficacité. Ces programmes sont néanmoins peu nombreux et il y a un besoin urgent de les multiplier pour relever les défis que le VIH/SIDA pose à nos communautés. Les membres du Réseau asiatique de Réduction des Risques ont plus de 20 années d'expérience du travail avec les consommateurs de drogues pour les protéger des conséquences néfastes de cette consommation.

Comme cette étude de cas va le montrer, les programmes s'attaquant aux risques liés à la drogue en Asie ont souvent travaillé seuls et sans soutien et leur personnel a fréquemment souffert de stress majeur et d'épuisement à force d'être constamment l'objet de critiques et de harcèlement injustifiés.

La création du Réseau asiatique de Réduction des Risques a permis de mettre en place un mécanisme sans précédent de soutien à ces programmes pionniers et d'aider les autres dans leurs efforts pour créer de nouveaux programmes de réduction des risques tellement nécessaires. Le réseau a lancé des processus de sensibilisation des gouvernements aux problèmes auxquels sont confrontés les consommateurs de drogues et leur famille et il continue à offrir une assistance technique et un soutien aux organismes asiatiques.

Je voudrais saisir cette occasion pour remercier tous nos membres pour leur confiance et leur soutien et les inciter à continuer à s'efforcer de trouver des approches à la fois humaines et pragmatiques à la réduction des risques liés à la drogue dans leurs pays. Je voudrais également remercier toutes les organisations internationales et les membres de leur personnel, les organismes et donateurs bilatéraux et les nombreuses personnes qui continuent à soutenir l'AHRN. J'espère que cette étude de cas sera une source d'information précieuse pour tous nos collègues et amis confrontés à la consommation de drogues et au VIH/SIDA, qu'elle contribuera à une meilleure compréhension de l'intérêt des réseaux et qu'en fin de compte, elle aidera ceux qui en ont le plus besoin – les consommateurs de drogues, leur famille et nos communautés.

Jimmy Dorabjee
Président du Comité exécutif, AHRN
New Delhi, décembre 2000

I. Résumé d'orientation

Le problème de la consommation de drogues en Asie est extrêmement complexe. L'Asie comporte plusieurs zones de production qui fournissent de la drogue au monde entier et le marché de la consommation locale est approvisionné à la fois par les zones de production et les voies du trafic. De plus, des drogues sont détournées des grandes industries pharmaceutiques de la région vers les consommateurs locaux. Bien que le lien entre la consommation de drogues et la diffusion du VIH/SIDA soit admis, les tentatives pour affronter cette situation ont été entravées par le manque de coopération entre les organismes et par des interventions inappropriées. Malgré ces problèmes, et tout en affrontant harcèlement et menaces, quelques personnes et organisations ont tenté de s'attaquer à la consommation de drogues et au VIH/SIDA grâce à des programmes d'ensemble.

Dès 1996, il était clair que s'attaquer au problème grandissant de la consommation de drogues et du VIH/SIDA en Asie requerrait l'effort collectif de toutes les personnes et institutions ayant l'expérience de ce problème et s'y intéressant. L'organisation d'un tel effort collectif se heurtait à de nombreux problèmes pratiques: la distance géographique entre les programmes existants; la diversité culturelle, linguistique et politique; et la profonde disparité entre les ressources disponibles d'un endroit à l'autre. Il fallait un mécanisme permettant une réelle mise en commun horizontale de l'information, de l'expérience et des ressources, un soutien mutuel des programmes et le développement d'une infrastructure de sensibilisation solide – tout ceci en limitant les coûts administratifs. La seule manière de répondre à ces besoins était de constituer un réseau de ressources techniques. C'est ainsi que le Réseau asiatique de Réduction des Risques (l'AHRN) a été créé en mars 1996 à Hobart, Australie, en débutant avec 46 administrateurs ou personnes intéressées.

Le Réseau asiatique de Réduction des Risques a été conçu comme une large alliance destinée à promouvoir une réponse à plus grande échelle au problème du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues. C'est pour cette raison que les fondateurs du réseau ont choisi de mettre en place un réseau ouvert avec le plus de participation et d'interaction possibles entre ses membres. Dès le début, les activités de l'AHRN se sont concentrées sur le soutien aux programmes existants plutôt que sur la mise en œuvre de nouveaux programmes. C'est-à-dire que le réseau a renforcé les initiatives existantes et apporté son soutien à de nouvelles initiatives dans les domaines de la diffusion de l'information, de la formation, de la sensibilisation et de la constitution de réseaux.

Grâce à différents moyens, le réseau a joué un rôle important dans la mise en commun et la promotion de modèles de programmes dynamiques applicables à l'échelle régionale. Par ailleurs, le contexte asiatique exige que l'AHRN fournisse toutes sortes de mécanismes de renforcement des capacités tels que la formation aux évaluations rapides de situation, la formulation de politiques, la planification de programmes et de projets appropriés, l'élaboration d'interventions spécifiques, la fourniture de services de conseil et de traitement, le lancement de campagnes d'information et la fourniture aux consommateurs de drogues de moyens de se protéger de la transmission du VIH.

La plupart des pays de la région ne sont pas encore prêts à mettre en œuvre des programmes de prévention du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues; à ce stade, ils ont surtout besoin d'outils de sensibilisation. C'est pourquoi les principales activités de l'AHRN sont la sensibilisation et l'assistance à l'élaboration de politiques. L'AHRN a organisé et

participé à de nombreux ateliers et réunions dans le but de créer un environnement favorable à de véritables politiques et programmes de prévention du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues. L'AHRN a aidé à la rédaction de directives et de recommandations politiques et a travaillé en étroite collaboration avec diverses organisations intergouvernementales. Les activités de l'AHRN ont été le fruit d'un effort collectif impliquant nombre de ses membres. Les bénéfiques du réseau ont été démontrés lors des quatrième et cinquième Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique où l'AHRN a lancé un certain nombre d'activités destinées à mettre en lumière le problème du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues en Asie et à rassembler les personnes qui travaillent à la réduction des risques.

Selon les critères de bonnes pratiques de l'ONUSIDA, l'AHRN devrait être considéré comme un exemple. En effet, il a largement contribué à une meilleure compréhension des schémas de consommation de drogues et des risques associés, particulièrement l'infection à VIH, en Asie. Il a par ailleurs fourni un forum qui encourage la communication et l'échange d'informations parmi ses membres. Les réactions des membres montrent que le réseau a eu une influence bénéfique en apportant l'information et les compétences nécessaires à la poursuite du développement des capacités au niveau local. Le réseau est une ressource précieuse pour concevoir et effectuer des activités de formation nationales et multinationales sur la prévention du VIH et la réduction des risques.

L'une des réalisations principales de l'AHRN a été d'amener les gouvernements et les organisations internationales à considérer le problème de la consommation de drogues et du VIH/SIDA comme une priorité. Sous l'effet d'une pression constante des membres de l'AHRN, les gouvernements ont commencé à se préoccuper de la consommation de drogues et du VIH/SIDA et ont demandé aux organisations intergouvernementales de contribuer à l'élaboration de politiques et de programmes. En tant que réseau asiatique, l'AHRN est très bien placé pour aborder ces questions d'une manière culturellement appropriée. Les membres de l'AHRN connaissent dans les détails la situation politique de leurs pays respectifs et toutes les parties prenantes. C'est ce qui rend leur contribution si précieuse en matière de stratégie d'élaboration de politiques.

L'exemple de l'AHRN montre que, grâce aux interactions de ses membres, l'impact d'un réseau ouvert est supérieur à la somme de ses composants.

II. Introduction

Au début de l'année 2000, on estimait à 34,3 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, la consommation de drogues injectable s'étant montrée un facteur majeur de la propagation de l'infection à VIH dans de nombreux pays. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la consommation de drogues injectables favorise la diffusion du VIH dans 114 pays, et nombre de ces derniers se trouvent dans des zones peu développées d'Asie, d'Amérique latine et d'Europe centrale et orientale.

La consommation de drogues et le VIH/SIDA sont des problèmes complexes liés à des déterminants politiques, sociaux, économiques et culturels. L'expérience a montré qu'aucun organisme isolé ne pouvait apporter une réponse efficace et globale à l'ensemble de ces questions; il faut par conséquent élaborer de nouvelles formes de structures organisationnelles afin de lancer et de mettre en œuvre des approches globales à grande échelle. L'expérience des dernières années a permis de constater que les réseaux de ressources techniques avaient un certain succès en la matière.

Le Réseau asiatique de Réduction des Risques constitue un tel réseau de ressources techniques. Soutenu par l'ONUSIDA et par d'autres organismes, il est devenu un mécanisme important de promotion des approches pragmatiques de la prévention de la consommation de drogues et du VIH/SIDA en Asie. Le but de cette étude de cas est d'examiner les facteurs qui ont rendu nécessaire la création de ce réseau – et pourquoi un réseau plutôt qu'une organisation non gouvernementale traditionnelle. L'étude nous informe sur la façon dont le réseau a été conçu et sur ses activités principales pendant ses quatre premières années de fonctionnement. L'étude comporte également une évaluation de l'impact des activités et une présentation des défis qui l'attendent. La dernière partie est consacrée à une discussion générale des réseaux de réduction des risques et décrit les enseignements tirés de la création et de la pérennisation de ce réseau.

III. Contexte

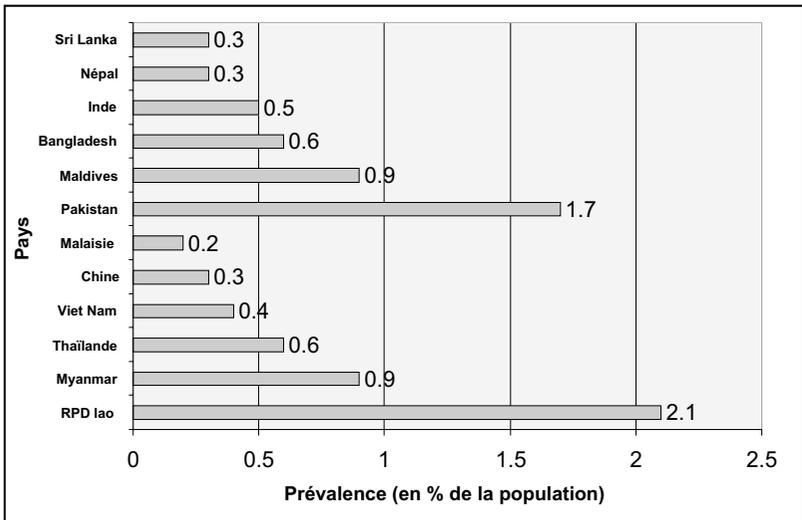
Ce chapitre étudie les facteurs qui ont rendu nécessaire la création d'un réseau de ressources techniques face à la consommation de drogues et au VIH/SIDA en Asie. Ce sont notamment: les caractéristiques de la consommation de drogues dans les pays asiatiques; la vulnérabilité particulière des consommateurs de drogues au VIH/SIDA; les ressources disponibles pour réduire cette vulnérabilité; et certains aspects des politiques relatives à la drogue dans les pays asiatiques qui peuvent faciliter ou entraver la mise en œuvre des efforts de réduction des comportements à risque des consommateurs de drogues et leurs causes profondes.

A. Epidémiologie de la consommation de drogues en Asie

Depuis plus d'un siècle, l'Asie a connu des problèmes de consommation de drogues sous forme d'épidémies à grande échelle avec des effets dévastateurs sur ses pays. Ces épidémies ont été à l'origine de désintégration et d'agitation sociales et de graves problèmes de santé publique; elles ont aggravé la pauvreté et les problèmes qui y sont liés; eu un coût économique direct et indirect énorme; et entravé le développement social et économique. Le trafic de drogue, qui se chiffre en milliards de dollars, a causé des guerres et les a soutenues financièrement; il continue à financer l'achat d'armes par les armées de guérilla. Les gouvernements ont pris des mesures énergiques pour réduire les problèmes de consommation de drogues, mais malgré leurs efforts, ils ne sont pas parvenus à contrôler la situation.

A ce jour, la production d'opiacés a été significativement réduite dans un certain nombre de régions. Cependant, le trafic et la consommation restent des problèmes très préoccupants. Au cours des dernières années, la tendance des consommateurs à préférer l'héroïne à l'opium s'est accentuée dans de nombreux pays. La codéine et d'autres substances narcotiques et psychotropes, comme par exemple la buprénorphine, le tidigesic ou le temgesic, le phensédyd, le diazépam et le nitrazépam, sont également en usage croissant. Ces substances sont soit produites dans des laboratoires clandestins et distribuées sur le marché des consommateurs de drogues ou produites en toute légalité par les grandes sociétés pharmaceutiques et détournées ensuite vers le marché illégal. Fumer ou «chasser le dragon» continue à être la voie principale d'administration de l'héroïne, mais le recours aux injections augmente dans toute la région. La tendance à préférer l'injection semble liée à une moindre disponibilité et à une moindre pureté de l'héroïne.

Figure 1: Prévalence de l'usage des opiacés dans quelques pays



Source: Rapport du PNUCID sur la drogue en 2000 (Global illicit drug trends, New York, 2000).

De nombreux pays de la région sont actuellement confrontés à une épidémie d'abus de stimulants de type amphétamine (STA), particulièrement la méthamphétamine. Pratiquement tous les pays de l'Asie du Sud-Est sont affectés à un degré variable. Les données disponibles montrent que l'usage des STA est généralement plus élevé chez les jeunes adultes de sexe masculin bien qu'il soit un problème permanent dans certaines professions comme les chauffeurs routiers, les marins pêcheurs et les ouvriers du bâtiment. Les professionnel(le)s du sexe consomment également fréquemment des STA. Comme il s'agit de populations très mobiles, ces usagers sont souvent difficiles à atteindre par les services de prévention et de traitement traditionnels.

En plus des stupéfiants et des psychotropes, l'usage des inhalants est endémique dans de nombreux pays asiatiques. Cet usage concerne souvent les enfants de la rue vivant dans la misère et traversant toutes sortes de difficultés. De nombreux pays considèrent à présent l'usage d'inhalant comme un problème de drogue significatif dans les villes. L'usage du cannabis sous ses diverses formes reste également répandu dans la majorité des pays de la région.

B. Vulnérabilité des consommateurs de drogues au VIH/SIDA

La consommation de drogues a des conséquences sociales et sanitaires graves. La majorité des consommateurs en Asie est extrêmement pauvre et souvent sans emploi ou confinée dans des travaux occasionnels. La plupart n'ont pas de domicile fixe. Beaucoup mendient, empruntent ou même volent. Ils sont considérés comme des criminels et font l'objet d'ostracisme et de discrimination. Ces éléments, conjugués à une piètre opinion d'eux-mêmes et à un manque de confiance dans les autorités, font que la population des consommateurs de drogues est peu accessible aux services sanitaires et sociaux traditionnels.

Conséquences sociales de la consommation de drogues



Source: Centrale d'information de l'AHRN

L'état de santé des consommateurs de drogues, surtout de drogues injectables, est extrêmement préoccupant: les maladies transmises par le sang comme les hépatites et l'infection à VIH, les abcès et les blessures graves dues à un matériel d'injection inadéquat et les décès liés à une surdose sont fréquents. Avec le début de l'épidémie de VIH/SIDA à la fin des années 1980, la consommation de drogues en Asie est devenue encore plus lourde de conséquences et constitue un problème de santé publique de plus en plus préoccupant. La consommation de drogues a une relation complexe avec le VIH/SIDA: le VIH est transmis par le biais de l'utilisation commune d'aiguilles et de seringues ou d'autres matériels contaminés pour les injections. De plus, l'abus d'alcool et de stimulants divers diminue souvent la vigilance vis-à-vis des comportements à haut risque comme des rapports sexuels non protégés.

Conséquences sociales de la consommation de drogues



Source: Centrale d'information de l'AHRN

Tableau 1. Consommation de drogues dans plusieurs pays d'Asie

Pays	Nombre estimé de		Pourcentage d'injections	% consommateurs de drogues chez les VIH+	% VIH+ chez les consommateurs de drogues
	Consommateurs de drogues (en milliers)	Consommateurs d'opium (en milliers)			
Bangladesh	500-1 000	N/E	10-17	N/E	2,5
Chine	540	majorité	66	69,4	40,5
Inde	2 250	500	25-90	N/E	1,3-68,4
Malaisie	300	200	50	77,0	10-27
Myanmar	300	majorité	30	20-30	65,5-72,5
Népal	30-50	majorité	74,8	12,6	49,7
Pakistan	3 000	1 500	1,8-29	N/E	0,4-1,8
Sri Lanka	240	40	7,5	N/E	N/E
Thaïlande	1 270	219	60	5,25	30-40
Viet Nam	185	majorité	pas de données	65,5	13,5-64,0

N/E = aucune estimation disponible.

Source: Groupe de travail régional sur la consommation de drogues et la vulnérabilité au VIH, Recherche concernant la politique en matière de consommation de drogues et de vulnérabilité au VIH

Les consommateurs de drogues en Asie sont très vulnérables à la transmission du VIH à cause de l'environnement juridique, politique et socio-économique, de la structure des services de santé et du contexte culturel où ils vivent. Ces situations varient cependant considérablement d'un pays à l'autre, et même d'une communauté à l'autre dans un même pays. Dans de nombreux pays d'Asie, comme ailleurs dans le monde, les orientations en matière de drogue sont hautement politiques et sont influencées par des facteurs historiques, sociaux, religieux, culturels et économiques. Des convictions bien ancrées concernant les drogues et leurs effets indésirables sur la société, l'expérience passée du pays en la matière, le degré et la gravité du problème de la drogue dans le passé et à l'heure actuelle et l'interprétation des conventions internationales ont un impact sur l'élaboration de politiques et d'instruments juridiques relatifs à la consommation de drogues.

Dans plusieurs pays, la loi est très répressive en matière de délits relatifs à la drogue, qu'il s'agisse de consommation ou seulement de possession de drogues et de matériel lié à sa consommation (par exemple, aiguilles et seringues). La gravité des sanctions et la rigueur avec laquelle elles sont appliquées localement affectent la faisabilité des interventions préventives vis-à-vis des consommateurs de drogues. En effet, ces sanctions sont susceptibles d'empêcher les consommateurs d'avoir accès à l'information ou aux moyens de se protéger contre l'infection à VIH.

Le mode de consommation des drogues contribue significativement à la vulnérabilité des consommateurs. De nombreux consommateurs de la région ont recours à des stupéfiants comme l'opium et l'héroïne et une proportion significative aux injections. Dans certains pays, les consommateurs de drogues injectables se rendent dans des lieux de shoot («shooting galleries»), mais dans d'autres pays, les injections ont lieu dans des endroits plus publics où les injections sont faites par un dealer ou une autre personne dévolue à cette tâche. Dans la majorité des cas, les dealers et les injecteurs connaissent mal le problème de l'infection à VIH. L'utilisation commune des aiguilles, des seringues et des autres instruments est habituel.

Conséquences sociales de la consommation de drogues



Source: Centrale d'information de l'AHRN

En plus de l'utilisation commune des aiguilles et des seringues, les pratiques sexuelles des consommateurs de drogues contribuent largement à leur vulnérabilité à l'infection à VIH. Les consommateurs de drogues sont habituellement sexuellement actifs et utilisent généralement très peu les préservatifs. Dans certains pays, les préservatifs sont souvent utilisés lors de rapports avec des professionnel(le)s du sexe mais pas avec des partenaires réguliers. Les rapports sexuels non protégés sont souvent perçus comme moins dangereux que l'utilisation commune des aiguilles et des seringues. La prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles chez les consommateurs de drogues témoigne des risques liés à leurs pratiques sexuelles. Les consommateurs et leurs partenaires constituent souvent une plaque tournante de la transmission du VIH à d'autres populations comme les professionnel(le)s du sexe, leurs clients et ensuite à la population générale.

L'épidémie de VIH/SIDA a commencé à se diffuser en Asie à la fin des années 1980. Dans un certain nombre de pays – la Chine, le Myanmar, le Népal, la Thaïlande et le Viet Nam – les consommateurs de drogues ont été les premiers à être infectés; l'épidémie s'est ensuite propagée à d'autres groupes et de là, à la population générale.

Les centres de traitement et de réinsertion sont rarement disponibles immédiatement. Dans de nombreux pays, les services offrent seulement une désintoxication ou bien le traitement est obligatoire et effectué à la manière militaire avec un élément pénal marqué dans le but d'obtenir l'abstinence totale – autant de raisons pour les consommateurs de drogues de les éviter. Dans de nombreuses régions d'Asie, il n'y a pratiquement ni traitement ambulatoire ni traitement de substitution ni services de suivi. Si les services sont disponibles, ils émanent souvent de non-spécialistes dont les connaissances en matière de traitement de la drogue et de prévention du VIH/SIDA sont limitées.

C. **Consommation de drogues et VIH/SIDA: que faut-il faire?**

Un document de position à l'échelle du système des Nations Unies, adopté en septembre 2000 par un sous-comité du Comité administratif de Coordination, présente une réponse politique globale à la consommation de drogues et au VIH/SIDA, qui reflète la pensée de nombreuses personnes qui ont travaillé dans ce domaine pendant les dernières décennies. Voici quelques principes extraits de cette réponse politique:

- La protection des droits de l'homme est essentielle à la réussite de la prévention du VIH/SIDA;
- La prévention du VIH doit commencer le plus tôt possible;
- Il est essentiel de couvrir complètement l'ensemble de la population cible;
- Les problèmes d'abus de drogues ne peuvent pas être résolus simplement par des initiatives répressives de la justice;
- Interrompre l'épidémie requiert une stratégie à trois composants – la prévention de l'abus de drogues; la facilitation de l'accès au traitement de cet abus; et la mise en œuvre de services de proximité efficaces destinés à amener les usagers de drogues à se protéger eux-mêmes, ainsi que leurs partenaires et leur famille, de l'exposition au VIH (par exemple, encourager l'acceptation du traitement de la toxicomanie et les soins médicaux).

D. Politiques relatives à la drogue et au VIH/SIDA en Asie

ORGANISATIONS GOUVERNEMENTALES

Dans presque tous les pays asiatiques, au moins deux instances gouvernementales distinctes s'occupent des questions relatives à la consommation de drogues et au VIH/SIDA: tandis que les problèmes d'usage de drogues sont de la compétence d'organismes spécialisés dans la lutte contre la drogue, les problèmes liés au VIH/SIDA relèvent généralement du ministère de la santé ou d'un secrétariat d'Etat de ce ministère. Avant la création de l'AHRN – et même jusqu'ici dans plusieurs pays – il y avait peu de communication et encore moins de coopération entre ces entités gouvernementales. C'est la raison pour laquelle le processus d'élaboration et de révision des politiques relatives à la drogue et au VIH dans les pays asiatiques est difficile. Dans de nombreux pays, la législation visant à lutter contre la drogue a été élaborée avant le début de l'épidémie de VIH/SIDA et elle est habituellement basée sur les Conventions de l'ONU relatives à la lutte contre la drogue qui ont été ratifiées par la majorité des pays d'Asie. En général, les politiques relatives à la drogue ne sont pas favorables à une prévention réelle du VIH chez les consommateurs de drogues. A l'exception de la répression juridique, les problèmes de drogue ne sont généralement pas prioritaires en matière de financement. C'est pourquoi il y a peu de programmes gouvernementaux dans la région qui abordent directement les problèmes posés par l'interface entre consommation de drogues et VIH/SIDA.

Lorsque les gouvernements mettent en œuvre des mesures visant à prévenir la diffusion du VIH chez les consommateurs de drogues et leurs partenaires sexuels, ces mesures sont souvent très localisées, à court terme, insuffisamment financées et de trop faible portée. L'adhésion aux valeurs traditionnelles est forte dans de nombreux pays, ce qui rend délicat tout débat portant sur la prévention du VIH/SIDA et les comportements sexuels. Le traitement de la drogue se concentre presque invariablement sur la désintoxication. Les consommateurs de drogues n'ont aucun choix et le traitement est le plus souvent obligatoire, en établissement spécialisé et de longue durée. Le personnel affecté à ce traitement n'est souvent pas spécialiste de la drogue mais émane des secteurs du travail et de la sécurité publique ou du secteur non gouvernemental. La majorité des traitements comporte un fort élément répressif.

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Un grand nombre d'organisations non gouvernementales (ONG), probablement plusieurs milliers, se préoccupent des problèmes liés à la consommation de drogues en Asie. La Fédération internationale des organisations non gouvernementales contre l'abus de drogues et de substances, créée en 1981 et basée à Kuala Lumpur, compte actuellement 54 membres, dont la majorité sont des organismes de coordination nationaux. Forum, une autre fédération d'organisations non gouvernementales, compte actuellement une quinzaine de membres. Dans le passé, les ONG travaillant dans le domaine de la drogue ont généralement choisi de s'organiser en structures de type fédéral aux niveaux national et régional, le but principal étant d'augmenter leur influence politique et de demander des fonds. De telles fédérations sont habituellement organisées de manière hiérarchisée avec un circuit de l'information partant verticalement des membres de la fédération vers son secrétariat et revenant à la base après filtrage. Il y a donc peu d'interaction horizontale, c'est-à-dire entre les membres de la fédération.

Par conséquent, le personnel du secrétariat de la fédération est généralement mieux informé et a plus de pouvoir que les membres.

Une autre caractéristique des ONG asiatiques travaillant dans le domaine de la drogue est que les consommateurs de drogues eux-mêmes en font rarement partie. Dans de nombreux cas, ces organisations travaillent pour – ou même contre – les consommateurs de drogues, mais pas avec eux. Certaines organisations, étroitement liées à des organismes de répression conçoivent leur mission comme une «guerre contre les drogues», et considèrent les consommateurs comme des criminels et, partant, comme des ennemis. Les interventions mises au point par ces organisations reposent souvent sur la peur et renforcent les stéréotypes des consommateurs de drogues. Elles pratiquent souvent des approches thérapeutiques cruelles et dégradantes comme le sevrage sans aucun médicament de soutien («cold turkey»), ou des humiliations publiques des consommateurs de drogues qui n'ont pas adhéré aux règles de la structure de traitement. Les droits élémentaires des consommateurs de drogues sont trop souvent violés et ces violations sont non seulement tolérées par les gouvernements et le public, mais également pratiquées par les institutions gouvernementales elles-mêmes. Avec de telles pratiques, il est évidemment difficile à ces organisations d'atteindre les consommateurs de drogues, d'identifier leurs besoins et de développer des programmes réalistes à «bas seuil» – c'est-à-dire des programmes dont les critères d'admission pragmatiques sont conçus pour encourager les consommateurs de drogues à demander de l'aide – et qui pourraient aborder simultanément la consommation de drogues et le VIH/SIDA.

Dans le domaine du VIH/SIDA, un grand nombre d'organisations nationales et internationales ont évolué depuis le début de l'épidémie et beaucoup se préoccupent des besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA et les impliquent dans le fonctionnement quotidien de l'organisation. En fait, depuis le lancement de ce que l'on appelle le concept GIPA (participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA) lors du Sommet de Paris sur le SIDA le 1er décembre 1994, il est devenu habituel pour les organisations non gouvernementales d'inclure des personnes affectées par le VIH/SIDA.

Chose intéressante, on note une similitude dans les politiques des gouvernements et des organisations non gouvernementales quand il s'agit de consommation de drogues et de VIH/SIDA. Les ONG travaillant dans le domaine de la drogue déclarent que le VIH/SIDA est un problème de santé qui devrait être pris en charge par les institutions spécialisées dans les questions de santé. Au même moment, les ONG travaillant dans le domaine du VIH/SIDA déclarent qu'elles ne travaillent pas avec les consommateurs de drogues parce qu'il existe déjà de nombreuses institutions qui le font. Par conséquent, peu d'ONG travaillent à la fois dans le domaine de la consommation de drogues et dans celui du VIH/SIDA. Il faut également noter que les ONG travaillant dans le domaine de la drogue ont assez peu d'expérience du VIH/SIDA et, inversement, les ONG du VIH/SIDA ne connaissent généralement pas suffisamment les problèmes de la drogue. Les organisations qui affrontent à la fois la consommation de drogues et le VIH/SIDA font face à de nombreuses difficultés comme par exemple:

- L'isolement et la marginalisation;
- La pénurie de ressources;
- Le manque de capacités et de compétences institutionnelles en matière de conception, de mise en œuvre et d'évaluation de programmes;
- Une faible prise de conscience de la possibilité de prévenir l'épidémie de VIH chez les consommateurs de drogues;

- Un manque d'accès à l'information, telle que documentation ou recherches relatives à des modèles d'interventions efficaces, et peu de mécanismes appropriés de mise en commun de l'information;
- Des réponses gouvernementales lentes ou inexistantes et peu de soutien aux réponses non gouvernementales.

ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Jusqu'en septembre 2000, les organisations des Nations Unies ont continué à envoyer des messages ambivalents concernant la consommation de drogues et le VIH/SIDA aux gouvernements d'Asie. Le Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID) en accord avec l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants (OICS) a plaidé en faveur d'une politique basée sur la seule abstinence pour réduire la consommation de drogues, pensant que celle-ci suffirait à réduire l'incidence de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues. Tant le PNUCID que l'OICS ont insisté sur l'adhésion aux conventions internationales en matière de lutte contre la drogue qui excluent toute utilisation de stupéfiants dans un but autre que médical ou scientifique. Les principaux bailleurs de fonds ou organisations partenaires du PNUCID et de l'OICS étaient généralement de puissants organismes nationaux de lutte contre la drogue. L'Organisation mondiale de la Santé tout comme l'ONUSIDA, qui a commencé à fonctionner en janvier 1996, a promu diverses stratégies pragmatiques de réduction des risques, notamment des campagnes d'information, une approche par les pairs, des traitements de substitution et des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. L'OMS et l'ONUSIDA ont travaillé avant tout avec des organismes de santé publique qui sont moins influents que les organismes de lutte contre la drogue en matière de consommation de drogues. Une approche plus pragmatique a peu à peu été acceptée. En juin 1998, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Déclaration sur la Réduction de la Demande, qui appelait à s'attaquer aux effets indésirables sur la santé de la consommation de drogues; et en avril 1999, le PNUCID est devenu un coparrainant de l'ONUSIDA.

Un clivage similaire peut être observé au sein d'organisations régionales intergouvernementales comme l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) et l'Association pour la Coopération régionale en Asie du Sud (SAARC). Dans ces deux organisations, la lutte contre la drogue était supervisée par une entité et le VIH/SIDA par une autre, chacune encourageant des politiques contradictoires. Ce n'est qu'en septembre 2000 que les différents organismes et entités des Nations Unies ont trouvé une position commune et à l'échelle du système concernant la consommation de drogues et le VIH/SIDA.

Avant cet accord, un certain nombre d'organisations internationales ont commencé à promouvoir des interventions visant à réduire les risques associés à la drogue, particulièrement le risque de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues. En 1996, l'International Harm Reduction Association a été créée lors de la sixième Conférence internationale sur la réduction des risques liés à la drogue à Hobart en Australie. Le but de l'association est de réduire les risques sanitaires, sociaux et économiques liés à la consommation de drogues. Elle travaille avec des organisations locales, nationales, régionales et internationales pour aider les individus et les communautés dans le domaine de la sensibilisation en santé publique.

E. Les pionniers d'une approche globale

Au début des années 1990, dans différents pays asiatiques, quelques programmes ont commencé à s'attaquer conjointement à la consommation de drogues et au VIH/SIDA. L'un des premiers a été la Lifesaving and Lifegiving Society (LALS), un programme de terrain portant sur l'échange de seringues à Katmandu. Selon la loi népalaise, ce programme n'était pas légal; mais le personnel de la LALS a su gérer la situation et le gouvernement a toléré ses activités et en a soigneusement observé les effets sur l'épidémie du VIH/SIDA en pleine expansion chez les consommateurs de drogues de ce pays. A peu près au même moment, des programmes similaires ont démarré dans d'autres pays asiatiques notamment:

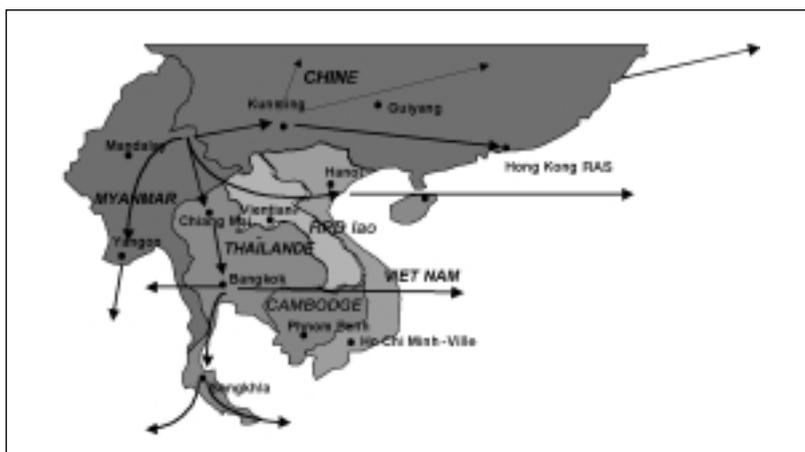
- Sharan à New Delhi, Inde
- Ikhlas à Kuala Lumpur, Malaisie
- Le projet SHALOM à Manipur, Inde
- Save the Children Fund à Ho Chi Minh-Ville, Viet Nam
- AIDS Surveillance and Education (ASEP) à Cebu City, Philippines
- HIV/AIDS Prevention and Care Project for the Hilltribes of Northern Thailand (HAHP).

Les fonds et les autres ressources ont été obtenus grâce à des collectes de fonds au sein des communautés locales ou fournis par des donateurs étrangers. Les programmes qui étaient jusque-là centrés sur la réinsertion ont commencé à diversifier leurs activités pour y inclure la prévention de l'infection à VIH grâce à des campagnes d'information, de communication et d'éducation, de travail de proximité par des pairs, des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des programmes de substitution. Avec le soutien notamment de l'Organisation mondiale de la Santé, de l'Agence australienne pour le Développement international et du Programme des Nations Unies pour le Développement, des ateliers de renforcement des capacités et de formation ont eu lieu lors de diverses manifestations asiatiques entre 1991 et 1995. En 1996, le nombre de programmes affrontant parallèlement la consommation de drogues et le VIH/SIDA avait un peu augmenté. Bien que ces programmes fussent modestes, ils avaient de l'influence par leur existence même: ils démontraient qu'il était possible de réduire le risque de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues.

IV. La naissance du Réseau asiatique de Réduction des Risques

Comme l'a montré ce qui précède, la situation de la drogue dans les pays d'Asie est extraordinairement complexe. L'Asie abrite les principales zones de production de drogue qui alimentent le trafic dans le monde entier. La drogue se propage de façon significative des zones de production et des voies du trafic vers les marchés locaux. De plus, une partie des drogues fabriquées par les grandes industries pharmaceutiques est détournée vers les consommateurs de drogues. Les conséquences sanitaires et sociales de la consommation de drogues sont graves et étendues. Les politiques et les programmes actuels abordent la consommation de drogues avec un modèle d'abstinence qui ne permet pas en soi de répondre à l'expansion de l'épidémie de VIH/SIDA. De plus, il existe peu de coopération entre les décideurs politiques et les responsables d'élaboration de programmes émanant d'organismes de lutte contre la drogue et ceux appartenant aux organismes de santé publique. La réponse non gouvernementale est insuffisante parce qu'elle aborde séparément, et non conjointement, la consommation de drogues et le VIH/SIDA. Les rares exceptions – les personnes et les organisations qui s'attaquaient à la fois à la consommation de drogues et au VIH/SIDA au sein de programmes globaux, souvent dans une semi-illégalité – peuvent faire l'objet de harcèlement voire de peines de prison de la part des personnes chargées de l'application de la loi.

Figure 2. Voies du trafic de drogue en Asie du Sud-Est



Source: Centre régional PNUCID pour l'Asie et le Pacifique

A. Mise en place d'un réseau de ressources techniques

En dépit de ce contexte, une expérience limitée mais intéressante de prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues en Asie avait été acquise vers le milieu des années 1990. Mais aucune réunion régionale n'avait été organisée et il n'existait aucun mécanisme de mise en commun de cette expérience. Grâce à de petits financements du Programme OMS de lutte contre les toxicomanies, du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et d'une série d'autres organisations, 46 directeurs de programme et d'autres personnes intéressées venant de neuf pays asiatiques ont pu assister à la Conférence Internationale de 1996 sur la réduction des risques liés à la drogue qui a eu lieu à Hobart, en Australie. Après cette conférence, un atelier de deux jours a été organisé à Coles Bay, à proximité de Hobart, par le Macfarlane Burnet Centre for Medical Research basé à Melbourne pour mettre en commun les expériences relatives à la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues en Asie.

Le but principal de cet atelier était de rédiger un manuel sur la réduction des risques pour l'Asie. Après avoir fait le point de la situation en matière de consommation de drogues en Asie, les participants à la réunion sont arrivés à la conclusion qu'il était urgent de répondre véritablement et rapidement au double problème de la consommation de drogues et du VIH/SIDA grâce à des interventions à grande échelle. Les participants ont reconnu que les gouvernements se heurtaient à trop d'obstacles pour être à l'origine d'une telle réponse et que les programmes déjà fonctionnels manquaient de capacités et de ressources. Les participants disposaient de documents émanant de programmes de différents pays, mais ils ont conclu que de tels programmes devaient être adaptés aux contextes politique, social, économique et culturel spécifiques des pays asiatiques. Ce processus d'adaptation, tout comme l'expansion des programmes existants, était une tâche trop vaste pour une seule institution. Les participants à la réunion ont donc estimé qu'une telle tentative ne pouvait être menée à bien que grâce aux efforts collectifs de toutes les institutions et de tous les individus ayant à la fois de l'expérience et de l'intérêt vis-à-vis des programmes de lutte contre la consommation de drogues et contre le VIH/SIDA en Asie.

Mais comment réaliser cela en termes pratiques? Les programmes qui avaient acquis une expérience en matière de consommation de drogues et de VIH/SIDA se trouvaient en Australie, en Inde, au Népal, aux Philippines et au Viet Nam. La distance géographique à elle seule constituait un obstacle énorme, tout comme la diversité culturelle et linguistique, celle des systèmes politiques et les écarts considérables de disponibilité des ressources. Les différentes manières de vaincre ces obstacles, notamment la création d'une organisation non gouvernementale internationale ou d'une fédération d'ONG, ont été explorées. Les participants ont conclu que, comme le flux de l'information dans ce type d'organisation traditionnelle allait habituellement du sommet vers la base ou inversement plutôt que directement entre ses membres, aucune de ces options n'aboutirait à une réponse efficace.

Le seul moyen consistait à créer un nouveau mécanisme qui permettrait une réelle mise en commun horizontale de l'information, de l'expérience et des ressources, un soutien mutuel des programmes et l'élaboration d'une base solide pour la sensibilisation – et tout cela avec un minimum de frais administratifs. Un tel mécanisme devait accorder la même attention aux programmes et aux projets travaillant sur le terrain, aux organisations de consommateurs de drogues, aux organisations nationales et internationales, aux institutions de recherche et aux individus intéressés, ce qui excluait toute structure hiérarchique. Le seul moyen de répondre à des conditions et à des besoins aussi variés consistait à former un réseau de ressources techniques. Les participants

ont donc convenu de former une coalition régionale d'institutions et de personnes travaillant dans le domaine de la consommation de drogues et du VIH/SIDA. C'est ainsi que le Réseau asiatique de Réduction des Risques (l'AHRN) a été créé en mars 1996 avec les 46 participants à la réunion.

Un énoncé de mission a été rédigé pour le nouveau réseau : «Réduire les risques associés à la consommation de drogues injectables en Asie, particulièrement l'infection à VIH, grâce à un processus de constitution de réseaux, de mise en commun de l'information, de sensibilisation et d'élaboration de programmes et de politiques». Six objectifs plus spécifiques ont été formulés:

- Créer un réseau durable de réduction des risques basé en Asie;
- Mieux comprendre les profils de consommation de drogues injectables et les risques qui lui sont associés (particulièrement l'infection à VIH) dans les pays asiatiques;
- Offrir un forum qui encouragerait l'échange de communication et d'information entre les personnes, les organisations et les pays participant au réseau;
- Offrir formation et soutien aux personnes et aux organisations en Asie, mettre en commun les compétences de base et une philosophie cohérente qui puisse constituer le fondement de leur travail;
- Faciliter l'élaboration de politiques et de programmes par les ONG, les gouvernements et les instances régionales et internationales;
- Promouvoir des réseaux nationaux de réduction des risques.

(Le dernier objectif a été ajouté en 1997.)

B. Développement et pérennisation du réseau

Avec l'apport d'un comité d'orientation provisoire de 15 membres et une petite subvention de l'Agence australienne pour le Développement international (AusAID), un coordinateur à temps partiel a été engagé et un travail visant à développer le réseau et à assurer la poursuite de son financement a commencé. Le secrétariat de l'AHRN a été installé au Macfarlane Burnet Centre for Medical Research à Melbourne jusqu'à ce que le financement et les structures mises en place permettent la pérennisation du réseau et l'installation d'un bureau permanent en Asie.

La transition vers une base asiatique s'est faite au début de l'année 1998, quand l'AHRN a déménagé son secrétariat dans un minuscule entrepôt de produits chimiques désaffecté sur le terrain du bureau de lutte contre les maladies transmissibles de la Région 10, à Chiangmai, en Thaïlande. Ce déménagement a bénéficié du soutien des organismes suivants:

- Office for Communicable Disease Control, Région 10, Chiangmai, Thaïlande;
- Ministère de la santé publique, Bangkok;
- Macfarlane Burnet Centre for Medical Research, Melbourne;
- Secrétariat de l'ONUSIDA, Genève et Equipe interpays Asie-Pacifique de l'ONUSIDA (APICT), Bangkok;
- Drug Policy Foundation, Etats-Unis.

En déplaçant son secrétariat d'Australie en Thaïlande, l'AHRN a perdu un soutien considérable en matière d'infrastructure, notamment sous forme d'espaces de bureaux gratuits, d'ordinateurs, de soutien administratif et de services de communication qui avaient été fournis par le Macfarlane

Burnet Centre à Melbourne. Installer le nouveau siège asiatique du réseau a donc impliqué de nombreux défis: recruter du personnel, mettre en place des services bancaires, informatiques et de communications; assurer le financement ultérieur; enregistrer l'AHRN comme une ONG en Thaïlande; et soutenir l'effectif croissant de membres de l'AHRN qui dépassait le millier dans 48 pays. Mener ces tâches à bien tout en gérant le réseau était et continue d'être une entreprise de grande envergure pour le personnel et la direction de l'AHRN. Comme il n'existait pas d'autres modèles ou réseaux spécifiques sur lesquels se baser, accomplir chaque tâche a demandé un effort important et la simple survie du réseau a nécessité le déploiement d'une énergie considérable.

A mesure qu'il continuait à grandir en taille et en activités, il devenait clair que l'AHRN avait un rôle de plus en plus important à jouer en tant qu'organisme régional de pointe en matière de programmes de réduction des risques en Asie. Pour répondre à cette demande croissante, l'AHRN a dû se tourner vers l'extérieur, s'assurant que les besoins de fonctionnement du réseau ne l'emportaient pas sur les besoins de ses membres. Dès le début, l'AHRN a été géré par les programmes pour les programmes. La direction du réseau a toujours émané des programmes de réduction des risques au niveau local. Ceci est resté un moyen majeur de s'assurer que les activités et les priorités du réseau reflétaient celles des programmes de réduction des risques en Asie. Pour conserver ces priorités et cette représentation, un bulletin d'information bimestriel, l'*AHRN Newsletter*, a été élaboré et constitue l'un des principaux canaux du réseau pour communiquer les décisions et impliquer tous les membres.

C. Adaptation de la structure de gestion

Depuis la formation du réseau, le comité de direction de l'AHRN a connu plusieurs modifications de sa structure et de ses membres jusqu'à ce que soit trouvé un modèle assez solide pour guider le réseau dans les décisions difficiles mais suffisamment souple pour ne pas devenir une bureaucratie. Initialement, l'AHRN a été dirigé par un comité d'orientation provisoire de 15 membres, choisi lors de la réunion de fondation du réseau en 1996. Ce comité a offert direction et soutien au coordinateur de l'AHRN qui était alors le seul membre du personnel rémunéré par le réseau.

En 1997, le réseau a tenu sa première réunion annuelle au cours de laquelle un comité exécutif intérimaire de neuf membres a été choisi parmi le comité d'orientation provisoire initial et d'autres invités. Ce comité exécutif par intérim a été raffiné en 1998-99 pour aboutir au comité exécutif de sept membres actuel (l'AHRNEX) qui comprend le Président de l'AHRN et son Directeur exécutif (précédemment coordinateur de l'AHRN). L'AHRNEX organise des élections tous les deux ans.

A mesure que le réseau grandissait, le besoin en personnel de secrétariat faisait de même. En 2000, le personnel de l'AHRN comprenait les postes suivants:

- Directeur exécutif
- Assistant exécutif
- Coordinateur de l'information / expert en techniques d'information
- Assistant de l'information
- Coordinateur du projet
- Directeur du bureau.

Les membres du personnel sont aidés par les services du personnel de soutien informatique, les éditeurs, les membres du comité exécutif, les consultants externes et les volontaires. Le réseau est également impliqué dans des projets en collaboration avec le personnel des organismes partenaires. Depuis son installation, l'AHRN a reçu un soutien financier des organismes suivants:

- L'AusAID
- La Drug Policy Foundation
- Le Secrétariat de l'ONUSIDA (Genève) et l'ONUSIDA-APICT (Bangkok)
- Le Gouvernement royal néerlandais
- Family Health International – Bureau régional pour l'Asie
- L'UNICEF
- Le Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID).

En 1999, l'AHRN a été enregistré en tant que fondation en Thaïlande. Le secrétariat de l'AHRN a un budget annuel d'environ 100 000 dollars qui couvre le fonctionnement quotidien du réseau, notamment le secrétariat, mais ne prend pas en compte des activités particulières comme les ateliers qui nécessitent un financement séparé. Bien que l'AHRN ait reçu un important soutien financier de divers donateurs, le réseau reste une organisation indépendante qui n'est pas possédée ou contrôlée par un quelconque organisme ou donateur unique. Cette indépendance a été un facteur important de succès parce qu'elle a permis au réseau de représenter d'abord et avant tout les besoins et intérêts de ses membres.

D. Membres

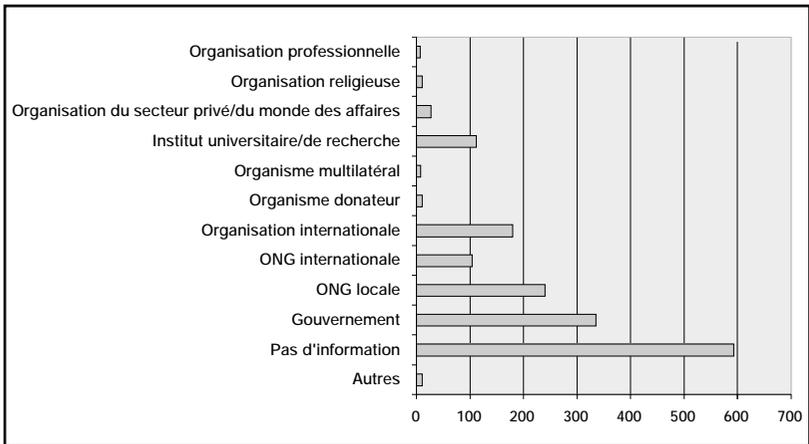
L'adhésion des membres est une question importante pour tous les réseaux de ressources techniques. Les réseaux peuvent être fermés ou ouverts selon leur but. Le Réseau asiatique de Réduction des Risques n'a pas été conçu comme un forum destiné à quelques personnes qui veulent discuter et agir dans des domaines spécifiques, mais comme une large alliance destinée à promouvoir une réponse élargie au problème du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues. C'est pourquoi les fondateurs de l'AHRN ont choisi de créer un réseau ouvert avec le plus possible de participation et d'interaction entre ses membres. Chacun peut devenir membre de l'AHRN et aucune cotisation n'est exigée. Les personnes extérieures à l'Asie sont bien représentées, mais la majorité des membres de l'AHRN est asiatique. Les personnes souhaitant adhérer à l'AHRN doivent simplement envoyer au secrétariat leurs coordonnées et leur raison sociale pour recevoir l'*AHRN Newsletter*, les rapports et d'autres informations. En 2000, l'AHRN comptait plus de 1 600 membres, dont 82% en Asie, notamment des personnes travaillant dans des programmes et des projets relatifs à la consommation de drogues et au VIH/SIDA, des chercheurs connus, des autorités gouvernementales et des organisations non gouvernementales, du personnel d'organisations internationales et intergouvernementales et des personnes intéressées par la question (voir figure 3). L'adhésion à l'AHRN s'est accrue grâce à divers moyens très simples:

- Par le bouche-à-oreille – les personnes qui ont entendu parler de l'AHRN contactent ensuite le réseau;
- A travers les responsables de l'AHRN et d'autres membres de longue date qui recrutent de nouveaux membres dans leurs pays respectifs;

- Lors de réunions régionales et nationales où le concept et l'intérêt de l'AHRN sont expliqués et les participants encouragés à devenir membres;
- Par le biais de rapports et de produits (notamment l'*AHRN Newsletter*) régulièrement disponibles pour les membres du réseau.

La langue de travail du réseau est principalement l'anglais, bien que certains documents et ateliers élaborés par l'AHRN et ses partenaires aient été traduits en thaï, hindi, mandarin, bengali et vietnamien. Comme beaucoup de gens en Asie ne parlent pas couramment anglais – ou même pas du tout – le problème de langue reste important puisque le but est de rendre le réseau aussi accueillant et accessible que possible.

Figure 3. Membres de l'AHRN par catégorie



La possibilité pour les membres d'établir une connexion par courriel est également une question importante – en effet, près de 60% des membres en Asie n'ont pas de courrier électronique. Ceci souligne l'importance des autres moyens de communication tels que l'*AHRN Newsletter*.

V. Activités principales de l'AHRN

Dès le début, les activités de l'AHRN se sont focalisées sur le soutien plutôt que sur la mise en œuvre de programmes, c'est-à-dire sur un renforcement des liens existants et un soutien aux nouvelles réponses, reposant sur quatre moyens différents:

- Diffusion de l'information
- Formation
- Sensibilisation
- Constitution de réseaux.

A. Diffusion de l'information

Une fonction clé de l'AHRN a consisté à documenter, rassembler et diffuser des exemples de bonnes pratiques en matière de réduction des risques en Asie. A travers son bulletin d'information, ses rapports de recherche, ses sites web et son serveur (Listserv) notamment, le réseau a joué un rôle majeur dans la mise en commun et la promotion des stratégies de réduction des risques à travers des exemples de programmes actifs adaptés à la région. Le réseau a diffusé deux messages puissants et importants:

- La consommation de drogues a une lourde responsabilité dans l'épidémie de VIH en Asie.
- Il est possible de prévenir l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues comme l'ont démontré les programmes de réduction des risques en Asie et dans le monde.

Publiée tous les deux mois, l'*AHRN Newsletter* atteint plus de 1500 personnes et programmes dans plus de 56 pays grâce à la liste de diffusion croissante du réseau. Consacrée à des mises à jour relatives aux différents pays, à des rapports de conférence et à divers articles sur la prévention du VIH et la consommation de drogues injectables en Asie, ce bulletin d'information, qui est reproduit et largement diffusé par ses destinataires initiaux, est devenu un facteur dynamisant et une voix pour les programmes VIH/SIDA de toute la région.

La diffusion de l'information a été rapidement reconnue par les autres organisations telles que l'ONUSIDA et le PNUCID comme un outil majeur de la lutte contre le VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues. Ces organisations ont donc demandé à l'AHRN d'apporter son expertise dans l'élaboration de l'information et de la diffuser très largement sachant qu'elles étaient prêtes à contribuer financièrement à ces activités. Avec la création d'un site web et l'engagement d'un coordinateur de ressources pour gérer un centre d'information, l'AHRN a commencé en 1999 à s'assurer que des informations précieuses étaient disponibles à la fois sous forme imprimée et électronique pour les programmes et institutions de la région. L'AHRN a également établi un petit groupe de discussion pour fournir des informations rapides à ceux qui ont un accès Internet.

A la fin de l'année 1997, l'AHRN et le Macfarlane Burnet Centre ont été contactés par l'Equipe interpays Asie-Pacifique de l'ONUSIDA pour réaliser une évaluation détaillée de la consommation

de drogues et de la vulnérabilité au VIH de 16 pays d'Asie du Sud-Est et de l'Est. Ce projet de grande envergure aurait difficilement pu être mené à bien sans le grand nombre d'adhérents et les vastes ressources de l'AHRN. Intitulé *The Hidden Epidemic* [L'épidémie cachée], ce rapport de recherche de 180 pages a confirmé que la consommation de drogues était un facteur essentiel de la diffusion du VIH dans de nombreux pays asiatiques. Le rapport a également mis en évidence de nombreuses lacunes en matière d'information et de ripostes nationales à ce problème et a confirmé la nécessité de continuer à recueillir et à évaluer des données. Le rapport a également fourni des arguments solides en faveur d'une riposte gouvernementale et non gouvernementale plus soutenue vis-à-vis de la consommation de drogues et de la vulnérabilité au VIH. *The Hidden Epidemic* a constitué un moyen important de sensibilisation pour combler l'écart entre la rhétorique et l'action en matière de VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues en Asie. En 2000, le groupe de travail ONUSIDA/PNUCID sur la consommation de drogues et la vulnérabilité au VIH a approuvé la publication d'une deuxième édition de *The Hidden Epidemic*.

Une autre publication clé a été élaborée en collaboration avec le Centre for Risk Reduction (qui fait partie du Macfarlane Burnet Centre for Medical Research). Après quatre années de préparation, *The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia* [Manuel pour la réduction des risques liés à la drogue en Asie] a été publié au début de l'année 2000. Il rassemble l'expérience des programmes de réduction des risques à travers l'Asie et propose des étapes pratiques de mise en œuvre et de pérennisation des réponses de réduction des risques. Soutenu par Family Health International, l'USAID (Agence des Etats-Unis pour le Développement international) et l'OMS, ce manuel constitue déjà un outil précieux de conception de formations et de programmes.

B. Renforcement des capacités

Comme nous l'avons déjà dit, l'épidémie de VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues requiert une approche globale et sur tous les fronts, notamment une évaluation rapide de la situation, la formulation de politiques, la planification de programmes et de projets appropriés, le développement d'interventions spécifiques comme des activités de terrain, la fourniture de services de conseil et de traitement, le lancement de campagnes d'information et la fourniture aux consommateurs de drogues de moyens de se protéger contre la transmission du VIH. Dans un certain nombre de pays, le développement des capacités pourrait inclure l'acquisition de compétences et le transfert de techniques dans le cadre de stratégies d'intervention concrètes; d'autres pays ne sont pas encore prêts à mettre en œuvre des programmes de prévention du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues; à ce stade, ils ont simplement besoin d'outils de sensibilisation. Le renforcement des capacités dans le contexte régional asiatique requiert donc que l'AHRN offre toute une gamme de mécanismes de renforcement des compétences.

L'AHRN a mené des activités de renforcement des capacités en fonction des besoins et des particularités du public cible dans plusieurs domaines lors d'ateliers, de conférences internationales et régionales et de réunions nationales et locales. L'AHRN a, par exemple, largement contribué à la formulation de politiques lors de plusieurs ateliers techniques interpay (l'un national et les trois autres régionaux) et lors d'un atelier régional de sensibilisation pour les décideurs politiques. De plus, les membres de l'AHRN ont élaboré un module de formation destiné aux personnes travaillant sur le terrain qui expose de façon pratique comment créer et mettre en œuvre des interventions et comment travailler avec les parties prenantes; *The Manual for Reducing*

Drug Related Harm in Asia décrit des méthodes d'évaluation rapide et de riposte; et des ateliers de renforcement des compétences ont été organisés lors de la cinquième Conférence internationale sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique à Kuala Lumpur, en octobre 1999.

C. Sensibilisation

Avant la création de l'AHRN, les programmes relatifs à la consommation de drogues et au VIH/SIDA en Asie étaient isolés et avaient peu d'occasions d'influencer les politiques des gouvernements ou des donateurs. En reliant et en soutenant ces programmes, le réseau leur a donné une voix collective puissante au niveau national aussi bien qu'international. Depuis ses débuts, le réseau a travaillé en étroite collaboration avec les gouvernements, les donateurs et le système des Nations Unies plaidant en faveur d'une approche plus pragmatique du problème de la consommation de drogues et du VIH/SIDA.

Comme nous l'avons déjà dit, les principaux organismes concernés par ce problème au niveau international étaient le Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues et l'Organisation mondiale de la Santé. En janvier 1996, une nouvelle entité des Nations Unies – le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) – a vu le jour. L'ONUSIDA, qui consistait en six organisations coparrainantes et représentait en elle-même un réseau a été, dès le début, un avocat des approches pragmatiques de réduction du risque de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues. Il n'est donc pas surprenant que d'étroites relations se soient immédiatement nouées entre l'AHRN et l'ONUSIDA; en fait, les membres du personnel de l'ONUSIDA ont contribué à la création de l'AHRN en 1996.

Le réseau asiatique a, grâce à ses membres, offert en retour à l'ONUSIDA une assistance précieuse sous la forme d'une campagne permanente en faveur de la prévention de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues, même quand l'ONUSIDA ne pouvait pas encore affirmer publiquement sa position. Parallèlement, la prise de conscience par les autorités des conséquences dévastatrices du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues progressait. Cependant, à cause des entraves juridiques ainsi que des politiques existantes, il était dangereux, voire impossible, d'exprimer ces préoccupations en public. En soutenant discrètement l'AHRN, plusieurs membres sympathisants de différents gouvernements ont encouragé une voix à exprimer leurs préoccupations; le réseau les aidait en retour en mettant la consommation de drogues et le VIH/SIDA à l'ordre du jour politique de leurs gouvernements.

En 1997, l'ONUSIDA a créé l'Equipe interpays Asie-Pacifique à Bangkok. Presque immédiatement, l'équipe a reconnu que la consommation de drogues et le VIH/SIDA devaient être un domaine prioritaire de travail. L'équipe, en étroite collaboration et consultation avec l'AHRN, a mis en place un groupe de travail sur la consommation de drogues et la vulnérabilité au VIH qui a réuni des experts et des parties prenantes de ces deux domaines. Dès le début, l'AHRN a été un membre de ce groupe de travail et le plus ardent défenseur des approches pragmatiques de la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues. Au niveau international, les tentatives de coopération entre l'ONUSIDA, l'OMS et le PNUCID ont été marquées par des frictions fréquentes résultant des différences entre les mandats respectifs de ces organisations. Mais en Asie, le PNUCID et l'OMS ont étroitement

collaboré avec l'Equipe interpays Asie-Pacifique et l'AHRN, aidant ces organisations à faire de la consommation de drogues et du VIH/SIDA une priorité s'ils ne l'étaient pas déjà.

Bien qu'il dispose d'informations anecdotiques sur l'ampleur du VIH/SIDA dans les pays asiatiques, le groupe de travail sur la consommation de drogues et la vulnérabilité au VIH a rapidement réalisé que la qualité de cette information n'était pas suffisante pour influencer les politiques gouvernementales. Le groupe de travail a donc demandé à l'AHRN de compiler toutes les informations existantes concernant la consommation de drogues et le VIH/SIDA à la fin de l'année 1997. Le réseau a démontré sa supériorité en travaillant sur cette compilation, *The Hidden Epidemic*, parce que, grâce à ses membres, les informations nécessaires ont pu être recueillies en très peu de temps. *The Hidden Epidemic* est devenu un outil de sensibilisation majeur pour l'AHRN comme pour l'ONUSIDA, le PNUCID et l'OMS.

En 1998, par le biais du groupe de travail, l'Equipe interpays Asie-Pacifique a commencé à élaborer des concepts en vue d'ateliers techniques sur la consommation de drogues et le VIH/SIDA. L'idée de base était de réunir les gestionnaires du niveau intermédiaire de la lutte contre la drogue et les organisations de santé publique et de favoriser la prise de conscience du double problème de la consommation de drogues et du VIH/SIDA. Les ateliers – qui ont eu lieu en avril et mai 1999 en collaboration avec la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP), le PNUCID et l'OMS – comportaient une large part de formation, notamment la visite des projets en cours relatifs à la consommation de drogues et au VIH/SIDA. L'AHRN a joué un rôle essentiel, non seulement en contribuant au concept des ateliers mais également en présentant des études de cas de projets en cours en Asie et en aidant à organiser des visites sur le terrain lors des ateliers. Grâce à cet effort collectif, les problèmes de la consommation de drogues et du VIH/SIDA sont devenus une des priorités des organismes de lutte contre la drogue et de santé publique.

En juin 1999, l'AHRN a organisé un atelier technique interpays similaire à Nanning, en Chine. Cet atelier a réuni des autorités de la lutte contre la drogue et de la santé publique de Chine et du Viet Nam. Il a eu recours à la même approche collective avec les partenaires suivants:

- L'Equipe interpays Asie-Pacifique de l'ONUSIDA, les Conseillers de Programme (ONUSIDA) pour la Chine et le Viet Nam;
- Le Centre national pour la Prévention et la Lutte contre le SIDA de République populaire de Chine
- L'UNICEF, Bureau de Beijing
- Le Fogarty International Programme à l'Université Johns Hopkins à Baltimore, Etats-Unis
- La Croix-Rouge australienne, province du Yunnan, République populaire de Chine
- Le Commonwealth Department of Health, Australie
- Le Centre pour la Prévention du SIDA du Guangxi, Nanning, province du Guangxi, République populaire de Chine.

Tous ces ateliers ont rédigé un ensemble de recommandations pouvant servir aux gouvernements participants de modèle d'élaboration de politique et de programme. Plus important encore, les interventions destinées à la prévention de la transmission du VIH, même si elles étaient considérées comme sujettes à controverse dans le cadre des politiques traditionnelles relatives à la drogue, sont devenues le sujet de discussion et de débat au sein des organismes étatiques et entre la santé publique et les organismes de lutte contre la drogue.

Déjà, pendant la préparation de ces ateliers, les membres de l'AHRN travaillant sur le terrain ont identifié des lacunes majeures dans les politiques nationales et internationales relatives à la consommation de drogues et au VIH/SIDA. Ceci les a amenés à élaborer un concept de recherche des facteurs politiques facilitant et entravant l'efficacité des interventions de prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues. A la fin de l'année 1998, l'Equipe interpays Asie-Pacifique a recruté deux consultants internationaux, dont les tâches comportaient l'examen systématique des politiques relatives à la drogue et au VIH/SIDA dans sept pays asiatiques. Sans l'assistance des membres de l'AHRN dans ces pays, les consultants n'auraient pas pu mener à bien cette tâche. Les rapports des consultants ont été terminés en mai 1999 et finalement publiés en octobre 2000.

L'AHRN a joué un rôle clé dans deux autres ateliers, l'atelier de politique nationale thaïlandais sur la consommation de drogues et le VIH/SIDA et l'atelier régional de sensibilisation sur la consommation de drogues et la vulnérabilité au VIH, tous deux à Bangkok en octobre 2000. Ces deux ateliers ont significativement contribué à faire avancer les préoccupations politiques des pays participants vers une approche plus efficace de la consommation de drogues et du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues.

L'Equipe interpays Asie-Pacifique avait obtenu la participation de quatre fonctionnaires importants de la lutte contre la drogue à la Conférence internationale sur la réduction des risques liés à la drogue à Genève en avril 1999. Les membres de l'AHRN, qui participaient également à la conférence, ont profité de l'occasion pour discuter avec ces fonctionnaires de la possibilité d'appliquer dans le contexte asiatique les politiques et interventions présentées à la conférence. De même, en partenariat avec le Centre régional du PNUCID pour l'Asie de l'Est et le Pacifique, à Bangkok, l'AHRN a obtenu la participation de cinq délégués au cinquième Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique, qui a eu lieu à Kuala Lumpur en octobre 1999. Les participants ont été choisis en fonction de leur profil de hauts responsables de la lutte contre la drogue et de leur capacité à influencer la politique nationale en faveur de l'intégration de la prévention du VIH et de la consommation de drogues. A la conférence, les membres de l'AHRN ont fourni à ces fonctionnaires des informations détaillées sur la consommation de drogues et le VIH/SIDA et ont discuté avec eux de la manière d'élaborer des interventions efficaces dans l'environnement politique et juridique des pays asiatiques.

D. Constitution de réseaux

Les nombreuses activités décrites ci-dessus n'ont pas été menées à bien par un membre isolé du réseau ni par le secrétariat tout seul. Il s'agissait d'efforts collectifs impliquant de nombreux membres. Lors d'un atelier de l'ONUSIDA à Bangkok en avril 1999, par exemple, les membres du réseau venant de Malaisie et de Thaïlande ont participé à l'atelier en tant que personnes ressources tandis que des membres de l'AHRN d'Inde et du Népal assistaient à un atelier semblable à New Delhi en juin de la même année. Ou encore le recueil de données destinées à la rédaction de *The Hidden Epidemic* a impliqué presque tous les membres de l'AHRN de même que l'élaboration de *The Manual for Reducing Drug Related Harm*, qui a également intégré les contributions et commentaires d'un grand nombre de membres.

Les bénéfices du réseau ont été démontrés lors du quatrième Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique, qui a eu lieu à Manille en octobre 1997 et lors du cinquième Congrès qui a eu lieu à Kuala Lumpur en octobre 1999. Pendant ces deux congrès, l'AHRN a lancé un certain nombre d'activités majeures visant à mettre en lumière le problème du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues en Asie et à réunir les personnes travaillant à la réduction des risques, comme par exemple:

- Un stand d'information et du matériel de promotion (bulletins d'information, autocollants, brochures, T-shirts);
- Réunions de membres de l'AHRN;
- Représentation de l'AHRN lors des cérémonies d'ouverture et de clôture;
- Ateliers d'acquisition de compétences en matière de prévention de la consommation de drogues et du VIH/SIDA;
- Conférence de presse sur les problèmes de VIH et de la consommation de drogues;
- Couverture par les médias locaux des questions liées à la consommation de drogues et aux droits de l'homme;
- Réunions formelles et informelles avec des organisations internationales et locales.

De nombreuses personnes qui avaient assisté à des conférences SIDA antérieures se sont exprimées à Manille, puis à nouveau à Kuala Lumpur, sur la stimulation et la «valeur ajoutée» que l'AHRN avait données aux programmes de réduction des risques et aux questions liées à la consommation de drogues en général.

VI. Evaluation de l'impact de l'AHRN

Démontrer l'impact de l'AHRN est difficile parce que le réseau est relativement nouveau et n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation formelle. De nombreuses activités du réseau sont indirectes – c'est-à-dire qu'elles visent à soutenir des programmes de réduction des risques plutôt qu'à les mettre en œuvre directement. Cependant, si l'on applique les critères de bonnes pratiques de l'ONUSIDA – validité éthique, efficience, pertinence, efficacité et pérennité – l'AHRN peut être considéré comme répondant aux critères. Ses activités ont une validité éthique indiscutable puisque l'AHRN plaide en faveur des droits humains des consommateurs de drogues et des personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'AHRN est efficace puisque le réseau fonctionne avec un petit budget pour produire un grand effet. Pour la région Asie, les activités sont de toute évidence pertinentes, puisque la

consommation de drogues et le VIH/SIDA font partie des plus graves problèmes de la région. Le critère d'efficacité ne peut être évalué que grâce à des indicateurs quantitatifs comparés à différents intervalles de temps. C'est pourquoi ce critère ne s'applique pas à l'AHRN, qui soutient des programmes mais ne met pas lui-même en œuvre des interventions. L'AHRN a cependant atteint ses objectifs et on peut donc le considérer comme efficace. Le critère final est celui de la pérennité. En mars 2001, l'AHRN a célébré son cinquième anniversaire, ce qui constitue un indicateur de pérennité. Un certain nombre d'organisations et d'institutions ont exprimé leur intérêt vis-à-vis d'une collaboration avec l'AHRN et d'un soutien des activités du réseau.

Si l'on examine les activités principales de l'AHRN, on constate dès le début que le réseau a répondu aux différents besoins de ses membres de quatre manières liées entre elles:

- Mise en commun et diffusion de l'information;
- Développement des capacités;
- Contribution à un environnement plus favorable aux programmes de réduction des risques;
- Expansion de la riposte au VIH et à la consommation de drogues injectables.

Ces quatre domaines sont généralement considérés comme des éléments nécessaires à la prévention du VIH/SIDA aux niveaux national et infra-national.

A. Mise en commun de l'information

Deux des principaux objectifs de l'AHRN sont:

- d'améliorer la compréhension des profils de consommation de drogues et des risques associés (particulièrement l'infection à VIH) dans les pays asiatiques;
- de fournir un forum qui encourage la communication et l'échange d'information entre les individus, les organisations et les pays participant au réseau.

Le réseau a certainement réalisé le deuxième objectif, la mise en commun de l'information chez ses membres. Ceci a ensuite contribué à mieux comprendre le problème de la consommation de drogues injectables et du VIH en Asie. En créant un forum pour la recherche, la documentation des réponses, l'évaluation rapide de la situation et la diffusion de l'information, l'AHRN stimule un dialogue et un apprentissage nouveaux et comble les lacunes en matière d'information sur le VIH et la consommation de drogues en Asie.

L'AHRN a de toute évidence créé un lieu d'échange d'informations et d'opinions, grâce au nombre croissant de ses membres, à son bulletin d'information et à son serveur. La mise en commun de l'information dans le réseau est à la fois formelle et informelle. Pendant ses premières années de fonctionnement, le réseau a reçu plus de 5000 messages électroniques – et ce, à une époque où l'utilisation d'Internet était limitée en Asie. Le rôle croissant joué par les techniques d'information met sur le devant de la scène la question de savoir comment ces techniques peuvent être utilisées au mieux pour renforcer des réseaux comme l'AHRN.

A travers son bulletin d'information, son site web, ses présentations lors de réunions, ses rapports de recherche et autres documents, le réseau démontre que la réduction des risques est non seulement possible mais mérite d'être poursuivie en Asie. Le meilleur exemple de recueil et de

mise en commun d'exemples de bonnes pratiques est probablement *The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia*, qui apporte une justification claire de la réduction des risques et inclut de nombreux exemples émanant de différents programmes à travers l'Asie qui la pratiquent déjà.

L'AHRN a été un mécanisme efficace de recueil et de diffusion de nouvelles, d'informations relatives à des questions importantes, d'exemples de réponses remarquables en matière de réduction des risques et d'autres informations relatives aux bonnes pratiques dans les domaines du VIH et de la consommation de drogues. En tant que réseau de chercheurs et de personnes qui travaillent sur la ligne de front des épidémies de VIH et de la consommation de drogues en Asie, l'AHRN fournit un recueil de recherche prêt à l'emploi et un réseau de diffusion pour la mise en commun de l'information relative aux questions suivantes:

- Tendances récentes de la diffusion du VIH chez les consommateurs de drogues injectables;
- Politiques actuelles en matière de VIH et de consommation de drogues;
- Réponses existantes et émergentes;
- Littérature publiée ou non.

L'accès du réseau à des informations récentes émanant du terrain a été démontré par la production de *The Hidden Epidemic*, qui a été écrit en seulement huit semaines en partenariat avec le Macfarlane Burnet Centre et avec le soutien de l'Equipe interpays Asie-Pacifique de l'ONUSIDA. L'AHRN a prévu une version révisée et étoffée de ce rapport qui a déjà été cité dans de nombreuses régions comme un exemple de bonnes pratiques en matière d'évaluation rapide de situation de la consommation de drogues et de la vulnérabilité au VIH. Le fait qu'il a fallu réimprimer *The Hidden Epidemic* dans les 12 mois suivant sa publication témoigne de sa popularité et de sa pertinence.

La création et la pérennisation d'un réseau régional basé en Asie et consacré au VIH et à la consommation de drogues a été l'une des réalisations majeures de l'AHRN. L'AHRN a créé un moyen de rassembler en réseaux un nombre croissant de personnes dans la région. L'existence d'un tel réseau a généré des opportunités jusque-là indisponibles aux programmes en Asie, comme par exemple:

- L'augmentation de la participation et de l'implication
- De nouvelles alliances durables
- Un renforcement des partenariats
- Une communication instantanée
- La résolution de problèmes
- L'accès à l'information.

B. Développement des capacités

Le problème du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues est complexe et la réduction des risques encore davantage. De nombreuses communautés ne sont pas encore capables de bien comprendre et de lutter contre les épidémies conjointes de consommation de drogues et de VIH/SIDA, comme le montre l'expansion incontrôlée du VIH chez les consommateurs de drogues dans un nombre croissant de pays d'Asie. La prévention du VIH chez les consommateurs de drogues s'est montrée difficile en toutes circonstances; mais quand les compétences et les

capacités locales sont dramatiquement faibles, ce qui est le cas de nombreuses régions d'Asie, la traduction des besoins perçus en programmes efficaces s'est avérée quasiment impossible. Les compétences de base qui manquent sont notamment:

- La conception et la mise en œuvre de programmes de santé publique ciblant les consommateurs de drogues;
- Des options politiques de réduction des risques associés à la consommation de drogues;
- La capacité d'obtenir le soutien politique et communautaire nécessaire à la riposte;
- L'élaboration de ripostes ciblant des groupes à risque particulier comme les femmes, les détenus, les minorités ethniques et la jeunesse;
- Des services de traitement de la toxicomanie et de conseil vis-à-vis de la drogue;
- L'évaluation des ripostes étayée par des documents;
- La sensibilisation et la collecte de fonds pour pérenniser la riposte.

Il est difficile d'être certain que l'AHRN a contribué significativement au développement des capacités dans tous ces domaines à ce stade relativement précoce. Cependant, la rétro-information émanant des membres indique à ce jour que le réseau a eu une influence très positive en fournissant aux programmes les informations et les compétences nécessaires à poursuivre le développement des capacités au niveau local.

Le réseau s'est avéré une ressource et un mécanisme précieux pour la conception et la conduite d'activités de formation nationales et multinationales sur la prévention du VIH et la réduction des risques. Ces activités ont eu lieu dans toute l'Asie et ont ciblé les décideurs politiques, le personnel de santé, les fonctionnaires chargés de l'application de la loi, les personnes travaillant dans le domaine du traitement contre les toxicomanies, le personnel gouvernemental et non gouvernemental et toutes les personnes intéressées par la réduction des risques.

Le soutien aux nouveaux programmes est peut-être le plus grand défi pour l'AHRN. En Asie, il n'existe encore qu'une poignée de programmes spécifiques de réduction des risques. En l'absence de directives et de dialogue politiques, et de programmes ciblant spécifiquement les consommateurs de drogues, la prévalence du VIH augmente dans de nombreux endroits. La couverture de ces programmes constitue un autre problème: il faudra beaucoup de progrès avant que les programmes ne fonctionnent à une échelle comparable à celle de l'épidémie. La situation a été parfaitement résumée par un délégué, qui a déclaré lors du cinquième Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique à Kuala Lumpur: «Les ripostes en matière de réduction des risques ont certainement augmenté au cours des dernières années, mais le problème du VIH chez les consommateurs de drogues a augmenté encore davantage, si bien que le fossé entre l'épidémie et la riposte est plus grand que jamais.»

C. Sensibilisation

L'AHRN est un mécanisme efficace pour faciliter le dialogue politique et la présentation aux décideurs des différentes manières d'aborder la consommation de drogues et le VIH/SIDA en Asie et dans le monde. Le réseau a facilité un certain nombre d'ateliers et de réunions destinés aux fonctionnaires du secteur de la santé, de la police et de la lutte contre la drogue en les aidant à mieux travailler ensemble au niveau national. De plus, le réseau a été impliqué dans la

sensibilisation aux questions de réduction des risques au niveau international à travers des conférences, des conférences de presse et un travail en cours avec le système des Nations Unies.

De nombreux observateurs de la situation en matière de politique relative à la drogue en Asie affirment que la réalisation principale de l'AHRN a été d'amener le problème de la consommation de drogues et du VIH/SIDA à l'ordre du jour des gouvernements et des organisations internationales. Au cours des quatre dernières années, sous la pression constante exercée par le secrétariat et les membres du réseau, les gouvernements ont commencé à aborder le problème de la consommation de drogues et du VIH/SIDA et ont même demandé à des organisations intergouvernementales comme l'ONUSIDA et le PNUCID de les aider à élaborer des politiques et des programmes. La stratégie de l'AHRN a consisté à travailler d'abord avec les secteurs du gouvernement qui étaient en faveur de politiques abordant à la fois la consommation de drogues et le VIH/SIDA – il s'agissait généralement de la santé publique – puis, à un stade ultérieur, à impliquer les secteurs qui avaient plus de réticences vis-à-vis d'une approche plus pragmatique. En tant que réseau asiatique, l'AHRN était en bien meilleure position pour aborder ces questions d'une manière culturellement appropriée que beaucoup de membres du personnel des organisations internationales, étrangers à la région. De plus, les membres de l'AHRN connaissent généralement très bien la situation politique dans leur pays et savent qui sont les parties prenantes. C'est ce qui leur permet d'apporter des idées précieuses sur la meilleure stratégie d'élaboration de politique.

L'approche de réduction des risques a été confortée par un certain nombre de programmes et de personnes participant au réseau. Cette approche est progressivement acceptée comme une réponse appropriée et efficace au VIH et à la consommation de drogues en Asie. Cette acceptation reflète peut-être en partie la tendance généralement croissante des activités de réduction des risques dans le monde et la reconnaissance que les approches actuelles au problème des drogues illicites en Asie ont échoué à prévenir l'infection à VIH. Le rôle joué par l'AHRN en légitimant la réduction des risques doit être reconnu, comme le prouve le nombre croissant d'organismes et d'individus adhérant au réseau qui plaident ouvertement en faveur d'activités de réduction des risques dans leur sphère de travail.

L'AHRN a certainement fait de la consommation de drogues une priorité régionale plus élevée au sein de la communauté VIH/SIDA. Le réseau a cependant identifié d'autres priorités et commencé à plaider en leur faveur:

- De meilleurs mécanismes de recueil et d'échange d'information;
- La distillation des principes et approches utiles des programmes performants;
- Un renforcement des capacités et des compétences pour une meilleure riposte;
- La détermination des meilleures méthodes d'influence du processus d'élaboration de politiques;
- L'identification des besoins des programmes et de la façon d'y répondre;
- La mise en œuvre de davantage de programmes de réduction des risques.

D. Expansion de la riposte au VIH et à la consommation de drogues injectables

L'accélération et la mise en relation des efforts existants pour élargir la riposte à l'épidémie de VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues a été une des réalisations majeures du Réseau asiatique de Réduction des Risques. Bien que l'AHRN ait démarré de nombreuses années après le début de l'épidémie, il faut noter que le soutien aux stratégies de réduction des risques s'est certainement amélioré après la création du réseau, amenant de nombreux gouvernements et communautés à considérer maintenant le VIH et la consommation de drogues comme un problème national grave. Il est difficile de mesurer jusqu'à quel point un réseau comme l'AHRN a été capable d'influencer ce processus, mais les premiers éléments suggèrent que le réseau a joué un rôle décisif en ouvrant la voie à une riposte amplifiée au VIH et à la consommation de drogues injectables.

L'AHRN a œuvré avec un grand succès à la mobilisation et la coordination des ressources d'une manière qui aurait été difficile pour de petits organismes nationaux. Le réseau a été capable de coordonner des projets de recherche et de formation multinationaux et de faciliter les réunions et les évaluations régionales. Il a également rassemblé une impressionnante expertise technique régionale dans l'élaboration de la riposte au VIH et à la consommation de drogues, réduisant ainsi la dépendance de la région vis-à-vis de l'aide extérieure. Quand, par exemple, un programme de réduction des risques a démarré aux Philippines à la fin des années 1990, il a pu envoyer son personnel se former auprès d'un autre programme du réseau qui avait mené diverses activités de réduction des risques, notamment d'échange de seringues, pendant de nombreuses années. Maintenant, lorsqu'un organisme a besoin d'experts pour planifier des interventions ou conduire des ateliers de formation, le réseau lui fournit une base de données facilement accessible de consultants expérimentés et de documents. C'est à travers ces exemples parmi d'autres que l'AHRN a démontré et promu la valeur d'un réseau de ressources techniques pour mettre en commun et utiliser l'expertise technique.

Chaque organisme poursuit néanmoins sa contribution dans des domaines spécifiques de la prévention et des soins relatifs au VIH. Mais la nécessité d'agir simultanément et en synergie dans un certain nombre de domaines différents – services de santé, communications, réforme juridique, éducation, développement rural et condition féminine – passe par l'établissement et le maintien de toute une gamme d'alliances stratégiques. Il est de plus en plus évident qu'un organisme isolé, que ce soit un ministère, un organisme des Nations Unies, une organisation non gouvernementale ou un groupe de personnes vivant avec le VIH/SIDA, n'a pas la capacité de prendre en compte les multiples déterminants du VIH et de la consommation de drogues.

A ce stade, les pays de la région n'ont pas encore mis en œuvre de riposte à grande échelle à la consommation de drogues et au VIH/SIDA. De nombreux pays, soucieux de ne pas violer la législation existante en matière de drogue ou les conventions internationales, pensent encore en termes de projets pilotes. Cependant, l'évolution récente au niveau international tout comme en Asie – notamment l'adoption, à Bangkok en octobre 2000, de directives en vue d'une riposte efficace à la consommation de drogues et au VIH/SIDA – montrent que des programmes à grande échelle vont être mis en œuvre tôt ou tard. Mais l'Asie est-elle prête à mettre en œuvre de tels programmes? Les ressources humaines suffiraient-elles à élaborer et mettre en œuvre des interventions?

L'AHRN a souvent observé qu'il ne suffisait pas de plaider en faveur d'une riposte élargie; il est également important de préparer la base de ressources humaines nécessaire à la mise en œuvre d'une telle réponse. A ce stade, c'est aussi un problème de sensibilisation: la coopération doit être encouragée entre les différents ministères; il faut sceller des alliances plus étroites entre les gouvernements, les communautés, les programmes de terrain et les travailleurs. L'AHRN a déjà considérablement dynamisé la création et le renforcement de ces alliances stratégiques et a mis en évidence la valeur et l'importance de la constitution de réseaux entre différents types d'organismes. L'AHRN continuera à travailler pour établir les bases nécessaires à une riposte élargie vis-à-vis de la consommation de drogues et du VIH/SIDA.

VII. Orientations futures

Dans sa courte histoire, l'AHRN a probablement affronté autant de défis qu'il n'a remporté de succès. Quelques difficultés à créer, pérenniser et gérer le réseau ont déjà été mentionnées. Il n'est pas particulièrement difficile de prévoir quels éléments devront être examinés dans un proche avenir. Ce sont la pérennité, la représentation et l'implication des membres du réseau, l'accès à l'information et les activités du réseau.

A. Pérennité

La pérennisation de l'AHRN, qui est passé d'un petit projet à une organisation régionale internationalement reconnue, a été un défi continu. Au début de son existence, la survie du réseau a été menacée à plusieurs reprises par le manque de financement, de base formelle et de statut juridique; mais le réseau a petit à petit surmonté chacun de ces obstacles.

Comme l'AHRN bénéficie actuellement d'un financement annuel de différents donateurs, la viabilité à long terme du réseau n'est toujours pas assurée. L'AHRN répond à ce problème en créant un vaste panel de donateurs. D'autres réseaux ont résolu ce problème en demandant des cotisations à leurs membres ou en faisant payer leurs services. Ce type de stratégie a surtout été mis en œuvre dans les pays développés comme les Etats-Unis où les organismes affiliés ont les moyens de payer.

Bien que l'AHRN ait fait de grands progrès, de nouveaux défis et d'autres menaces se présentent régulièrement, d'autant plus que le réseau reçoit des demandes qui continuent à dépasser ses capacités – le réseau est par exemple déjà devenu trop grand pour son petit bureau de Chiangmai, moins de deux ans après s'y être installé. Répondre à ces défis renouvelés fait partie du travail de pérennisation du réseau.

Les facteurs clés de la pérennité de l'AHRN sont les suivants:

- Disposer d'un secrétariat ayant suffisamment de personnel pour mener les activités quotidiennes du réseau;

- S'assurer que le secrétariat est soutenu par un comité de direction actif et impliqué;
- Disposer d'un ou de plusieurs organismes prêts à soutenir le réseau à mesure de son expansion;
- S'atteler à la tâche de consolider le soutien des donateurs;
- Continuer à démontrer l'efficacité du réseau.

L'expérience acquise avec l'évolution du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues indique que les profils d'utilisation de la drogue et l'environnement politique aux niveaux local, national et international pourraient changer rapidement. Le réseau ne survivra que si le secrétariat de l'AHRN est capable de répondre aux besoins changeants des parties prenantes – c'est-à-dire de ses membres. A ce stade, de nombreux gouvernements de la région et des donateurs sont toujours en train de réfléchir à la meilleure manière d'élaborer des politiques et des programmes visant à prévenir la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues. Cependant, il existe une demande de plus en plus pressante en faveur de l'augmentation de l'ampleur des programmes existants et de la mise en place de nouveaux programmes à large couverture. Ceci va nécessiter des activités de formation intensives ainsi qu'un renforcement des capacités institutionnelles, tâche que l'AHRN devra accomplir en collaboration avec ses partenaires. L'AHRN devrait dans ce but se préparer dès maintenant à répondre à ces défis futurs.

B. Représentation et implication des membres

Représenter et impliquer les membres d'un vaste réseau dispersé dans de nombreux pays est un défi. Comme nous l'avons mentionné précédemment, un principe fondamental de la structure de l'AHRN a été de s'assurer que les programmes de terrain de nombreux pays asiatiques étaient représentés à travers le réseau. En réalité, le comité exécutif de l'AHRN et le secrétariat ne reçoivent pas toujours beaucoup de rétro-information et de participation de ses membres, d'autant plus que les réunions entre membres du réseau sont peu nombreuses.

Il y a eu de nombreuses tentatives pour recueillir les opinions et les besoins des membres grâce à l'*AHRN Newsletter* et au serveur du réseau. Ces deux procédés impliquent progressivement de plus en plus de membres dans des discussions relatives aux besoins du réseau et à divers problèmes des programmes de réduction des risques. Le danger persiste néanmoins que le réseau reste trop centralisé, ce qui constituerait une tâche très lourde pour son secrétariat et en ferait un organisme qui représente ses membres plutôt que de les impliquer.

L'AHRN est bien conscient de ce problème et a mis au point plusieurs moyens de s'assurer que le personnel du réseau et ses gestionnaires aient le plus possible de contacts avec ses membres. Ces stratégies comprennent:

- Un contact régulier entre les membres et le personnel de l'AHRN grâce aux réunions, ateliers et conférences;
- Des enquêtes par le biais de l'*AHRN Newsletter*;
- La création d'un serveur où les membres de l'AHRN peuvent échanger leurs opinions;
- Des réponses aux demandes par courriel, courrier et téléphone.

Le secrétariat de l'AHRN implique également les membres en travaillant avec eux lors d'activités conjointes comme par exemple des ateliers de formation, la préparation de matériel et

la recherche. La difficulté de ce mode d'implication est qu'il se surajoute aux tâches habituelles de coordination des activités pour le secrétariat de l'AHRN. Une autre option serait de décentraliser le réseau en points focaux nationaux, voire en réseaux nationaux. Cette option a été envisagée à plusieurs reprises par l'équipe de direction de l'AHRN, mais jusqu'ici l'AHRN a préféré se limiter à un seul réseau régional.

Le fait d'utiliser l'anglais comme langue de travail du réseau induit une disparité – problème fondamental dont de nombreuses organisations internationales font l'expérience. L'AHRN a néanmoins la chance d'être dans une région où l'anglais est largement pratiqué comme deuxième ou troisième langue, alors que les réseaux d'Europe centrale et orientale sont obligés de produire leurs documents à la fois en russe et en anglais et ceux d'Amérique latine en espagnol et en portugais.

Même en Asie, les communications du réseau sont encore orientées vers ceux qui maîtrisent l'anglais, notamment les Occidentaux qui travaillent en Asie et ceux qui viennent de pays comme l'Inde et la Malaisie, où l'anglais est souvent la première langue parlée. Cette situation crée des tensions entre ceux qui maîtrisent bien l'anglais – qui sont souvent favorisés lorsqu'ils s'expriment dans des réunions, participent à des discussions par courriel ou préparent des propositions – et ceux dont les opinions risquent de ne pas être assez entendues faute d'une maîtrise suffisante de la langue anglaise.

L'une des solutions consisterait à proposer des services en plusieurs langues, mais ceci n'a été abordable jusqu'ici que pour les ateliers et projets spécifiques d'un pays. Une autre option consisterait à décentraliser le réseau en points focaux, voire en réseaux nationaux, comme cela a été mentionné ci-dessus; mais cette option n'a pas davantage été retenue en Asie, essentiellement en raison des ressources importantes qui seraient nécessaires.

Répondre à la vaste gamme des besoins des membres est un défi permanent pour un réseau opérant dans une région aussi vaste et diverse que l'Asie. Les profils de consommation de drogues, les tendances évolutives du VIH, les politiques nationales, les réponses des programmes et bien d'autres paramètres varient considérablement d'un pays à l'autre.

Représenter toutes ces situations différentes et y répondre d'une manière unique et unifiée est souvent difficile. Le réseau affronte généralement ce problème en soutenant la diversité régionale de diverses manières:

- Il s'assure que les membres et la direction de l'AHRN sont aussi représentatifs de l'Asie que possible.
- Il fait figurer une large gamme d'articles et de rapports émanant des différents pays dans son bulletin d'information et ses autres publications.
- L'adhésion reste ouverte à tous les pays, particulièrement aux pays asiatiques mal représentés dans le réseau.

Le fait de se préoccuper davantage des besoins que des frontières politiques a causé quelques difficultés à l'AHRN en ce qui concerne les donateurs et les organismes des Nations Unies, souvent limités à une zone géographique précise. La focalisation sur l'Asie du Sud-Est de certaines activités, comme *The Hidden Epidemic*, rapport de recherche financé par l'ONUSIDA – alors que la diffusion du VIH chez les consommateurs de drogues des pays d'Asie du Sud comme le Bangladesh, l'Inde et le Népal n'est pas négligeable – a créé des tensions au sein du réseau.

De tels conflits auraient pu entraîner une séparation de l'AHRN en deux réseaux (pour l'Asie du Sud et du Sud-Est). Cependant, l'AHRN a eu le sentiment qu'il était préférable de rester un seul grand réseau régional. Cette situation pourrait évoluer à l'avenir avec la création de réseaux sous-régionaux ou thématiques (par exemple, des réseaux de réduction des risques consacrés plus particulièrement aux communautés chrétiennes ou islamiques).

C. Accès à l'information

L'accès à l'information est un problème pour de nombreux réseaux VIH, particulièrement ceux pour lesquels la mise en commun de l'information constitue une activité importante. Parce que la consommation de drogues et l'infection à VIH frappent souvent des régions isolées, les programmes et les travailleurs ciblant ces problèmes ont souvent difficilement accès à la recherche, aux ressources matérielles, à Internet et à d'autres sources d'information. Dans certaines régions, il faut parfois 50 essais pour obtenir une communication téléphonique internationale, un fax peut mettre plusieurs jours à passer et l'accès à Internet est toujours du domaine du futur. Les programmes sont donc incapables d'accéder à l'information et aux résultats de la recherche que les personnes des pays développés considèrent comme allant de soi.

Cet accès limité à l'information et à la recherche est imputable en partie au fait que les programmes de réduction des risques sont moins nombreux en Asie que dans les pays développés, mais également au fait que les programmes existants ont un accès très limité aux conférences, aux revues internationales, aux bulletins d'information, au courriel et aux autres formes d'échange d'information. Corriger ce déséquilibre est un défi permanent pour l'AHRN. L'augmentation rapide des connexions Internet pourrait permettre aux communications électroniques de devenir un moyen rapide et économique de mise en commun de l'information à travers toute l'Asie. Pour le moment, l'AHRN met cependant toujours l'accent sur son bulletin d'information et autres publications informatives ainsi que sur les réunions qui permettent une communication directe.

L'un des problèmes potentiels des réseaux dont la mission comporte une mise en commun de l'information est le risque de submerger les participants avec du matériel, sous forme de courriel et de rapports notamment. L'excès d'information a souvent été un problème pour les personnes travaillant dans le domaine du VIH/SIDA, mais pas encore dans celui de la réduction des risques, étant donné la pénurie générale d'informations pertinentes disponibles sur ce sujet en Asie.

D. Activités du réseau

La tentation d'essayer de tout faire en même temps a été un problème pour l'AHRN. Devant tout ce qui devrait être fait en Asie en matière de réduction des risques, il est difficile de décider ce qui devrait constituer les priorités majeures du réseau. La difficulté à établir des priorités semble commune à tous les types de réseaux de ressources techniques travaillant dans le domaine du VIH, mais elle est encore plus grande quand la réduction des risques se préoccupe simultanément du VIH et de la consommation de drogues. L'équipe de direction et le secrétariat de l'AHRN ont consacré beaucoup de temps à établir des plans de travail détaillés présentant les principales activités du réseau.

De nombreuses difficultés relatives aux systèmes de contrôle du réseau ont fait l'objet de discussions ci-dessus, notamment en ce qui concerne la direction et la structure de l'AHRN, l'adhésion, l'indépendance et le travail avec les membres du réseau. Un travail intensif dans tous ces domaines a aidé l'AHRN à éviter des conflits internes ou externes. Néanmoins, le problème du contrôle est toujours potentiellement difficile. La divergence des initiatives du personnel, de la direction et des donateurs est susceptible de menacer l'harmonie au sein du réseau. Les intérêts des donateurs, par exemple, peuvent exercer une pression sur le réseau et l'orienter dans une direction particulière. Inversement, les intérêts du réseau peuvent être dominés par un pays particulier ou par différentes personnes. Le fait que l'AHRN ait largement évité ces problèmes et continue à grandir témoigne du fait que le réseau a consacré une énergie considérable à assurer l'harmonie de son fonctionnement.

D'une manière générale, les réponses en matière de réduction des risques en Asie relèvent toujours de tentatives sporadiques lorsqu'elles ne sont pas inexistantes. La coopération et la constitution de réseaux entre secteurs et à travers les frontières sont souvent faibles et les ripostes rapides à la prévalence croissante du VIH chez les consommateurs de drogues sont rares. L'AHRN doit donc rechercher des manières pour les personnes et les organisations de tous les secteurs (gouvernements, ONG, secteur privé, donateurs, organismes de santé et de développement, organisations religieuses notamment) de coopérer et de communiquer afin de définir et de résoudre les problèmes. Ces processus devraient tendre vers l'obtention d'un consensus et la prise de décisions concernant les problèmes difficiles, ce qui faciliterait la création de liens cruciaux entre les personnes et les organisations dans les pays et entre eux et renforcerait la capacité d'action de ces personnes et de ces groupes.

Enfin, nous ne devons pas oublier que ce qui rompt la chaîne de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues est le changement de comportements de ces derniers. Les programmes d'éducation visant à encourager et à faciliter ce changement de comportements restent l'élément clé de toute réponse programmatique à l'épidémie de VIH. Cette réponse programmatique fournit donc un contexte qui permet de juger de l'utilité des réseaux – est-ce qu'ils soutiennent et encouragent le fonctionnement et la croissance de programmes efficaces?

VIII. Discussion:

les bénéfices des réseaux de réduction des risques

L'alpha et l'oméga d'un réseau consistent en communication efficace entre ses membres. En Asie, la communication pose un grave problème parce que, dans de nombreux pays et régions, les moyens de communication appropriés n'existent pas encore. Comme nous l'avons vu ci-dessus, de nombreux programmes n'ont pas accès à Internet pour des raisons techniques ou même politiques. Comme l'AHRN le démontre, il faut développer d'autres formes de communication pour garder le réseau en vie.

A. Renforcement des ripostes et réduction de l'isolement

Les réseaux de ressources techniques ouverts sont particulièrement utiles aux problèmes auxquels les réponses sont nouvelles ou faibles, ce qui est souvent le cas de la réduction des risques. Ces réseaux permettent un échange rapide d'une vaste gamme d'informations et d'expériences et ils établissent les bases de la mise en commun des ressources. Ils sont donc les plus appropriés en matière de consommation de drogues et de VIH/SIDA en Asie.

Comme nous l'avons déjà dit, des personnes et des programmes isolés ont été les premiers à reconnaître le besoin d'approches efficaces du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues, mais ces programmes ont dû affronter un environnement répressif en matière de drogue et restrictif en matière de politique et de financement. La création de l'AHRN leur a apporté un certain soutien, même s'il ne s'agissait que de la reconnaissance que, quelque part sur le continent, des personnes motivées par les mêmes intérêts affrontaient les mêmes difficultés.

Les premiers éléments d'appréciation du Réseau asiatique de Réduction des Risques montrent que différents programmes isolés peuvent aboutir à un bien meilleur résultat en constituant un réseau de ressources techniques qu'en fonctionnant isolément. Les réseaux relient et renforcent les programmes existants en leur fournissant davantage de ressources techniques et de soutien politique. Ils peuvent créer de nouvelles alliances, renforcer des partenariats stratégiques et faciliter le développement de nouveaux programmes dans des régions ou des pays où ils n'existent pas encore.

Les réseaux peuvent également être des mécanismes efficaces pour mener à bien un grand nombre des activités considérées par l'ONUSIDA comme des éléments cruciaux d'une riposte efficace et à large assise au VIH/SIDA. Ce sont notamment:

- Le recueil et la mise en commun de l'expertise technique;
- L'étayage et la compréhension de la diffusion du VIH chez les consommateurs de drogues;
- La sensibilisation au nom des programmes locaux et des consommateurs de drogues;
- L'établissement de priorités et la saisie des opportunités;

- La proposition de nouvelles options politiques aux gouvernements;
- La mobilisation de nouvelles personnes et de nouvelles ressources;
- L'élaboration de nouvelles réponses;
- Les enseignements tirés de l'expérience;
- La réduction de l'isolement.

B. Etablissement de normes

Etre membre actif d'un réseau et contribuer à la mise en commun des informations et des opinions est une forme spécifique d'examen par les pairs qui a un caractère normatif. Ceci est particulièrement vrai si le réseau a une culture de débat. La rétro-information sur les programmes émanant des autres membres du réseau peut contribuer à corriger les erreurs et à améliorer l'efficacité des interventions. Les réseaux apportent également une solidarité et un soutien des pairs très utiles aux personnes comme aux programmes, en leur apportant une base de travail philosophique et technique plus solide.

Faire partie d'un réseau peut aider les groupes et les individus à influencer les décisions des gouvernements et à mieux se défendre contre les demandes inappropriées des instances gouvernementales, des organismes de financement et d'autres parties prenantes. Enfin, il ne faut pas sous-estimer le fait que l'appartenance à une coalition ou à un réseau apporte également la crédibilité et l'assise nécessaires pour bénéficier de financements à grande échelle de la part des gouvernements et des organisations multilatérales. Les donateurs sont de plus en plus intéressés par la riposte régionale à des problèmes régionaux comme le VIH/SIDA; les réseaux, avec leur vaste couverture géographique, ont souvent l'envergure et la portée requises pour prendre en charge de vastes projets transfrontaliers et régionaux.

C. Regroupement de l'expertise

Les réseaux régionaux peuvent également contribuer à réduire la dépendance de la région vis-à-vis de l'assistance technique extérieure dans le cadre de l'élaboration d'une riposte au VIH/SIDA. Tous les réseaux des pays en développement ou des pays en économie de transition ont initialement dépendu de l'aide extérieure, venant généralement des pays occidentaux, comme l'on fait beaucoup de leurs programmes membres si ce n'est tous. Bien que cette stratégie ait été commode en matière de riposte au VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues, elle est rarement pérennisable et, dans certains cas, les interventions se sont révélées inappropriées à l'environnement politique, social, économique et culturel où elles ont eu lieu. Les programmes de ces pays se tournent de plus en plus vers leurs collègues du réseau régional pour y trouver un soutien technique. Cette plus grande autonomie renforce les capacités, améliore le fonctionnement du réseau et réduit les coûts.

Lors de l'atelier de 1996 au cours duquel l'AHRN a été créé, les représentants des différents programmes d'Asie avaient pour la plupart fait l'expérience de sanctions dirigées contre eux ou contre leurs programmes lorsqu'ils s'impliquaient dans des activités de sensibilisation politique.

En diffusant les responsabilités et en créant un groupe constitutif, les réseaux de réduction des risques peuvent plaider auprès des gouvernements ou de différents organismes au nom de leurs membres sans crainte de représailles contre des personnes ou des programmes particuliers. Avec le soutien précieux de l'ONUSIDA, les réseaux de réduction des risques sont devenus très influents à un niveau politique élevé, particulièrement au sein des organismes multilatéraux. Le soutien des organismes des Nations Unies contribue à donner aux réseaux de plus en plus de visibilité et d'influence dans de nombreux pays où leurs membres travaillent.

Même là où les programmes de réduction des risques existent, particulièrement dans les pays en développement, il est absolument nécessaire de démontrer leur efficacité. Les réseaux ne sont peut-être pas les mieux placés pour conduire ce type d'évaluation, mais ils ont un rôle majeur de stimulation et de coordination de ces évaluations ainsi que d'établissement et de diffusion de normes de bonnes pratiques.

IX. Conclusion

Bien que la consommation de drogues soit depuis longtemps répandue dans de nombreux pays d'Asie et que l'épidémie de VIH/SIDA ait débuté à la fin des années 1980, les gouvernements et de nombreuses organisations non gouvernementales n'ont pas suffisamment pris en compte ces graves problèmes. Même la riposte des organisations intergouvernementales, notamment des organes des Nations Unies, a été hésitante. Les principales raisons de cette insuffisance étaient des considérations historiques, politiques et culturelles liées à la consommation de drogues et à l'absence de mécanismes efficaces de pression pour des réformes politiques et des interventions efficaces dans ce domaine. La création de l'AHRN en 1996 a significativement changé le paysage politique en donnant une voix aux quelques pionniers qui travaillaient dans le domaine de la consommation de drogues et du VIH/SIDA.

La création de l'AHRN comme réseau ouvert de ressources techniques a été très appropriée car elle a permis l'unification de toutes les forces existant déjà dans ce domaine: travailleurs de terrain, chercheurs, politiciens, fonctionnaires des gouvernements, organisations non gouvernementales et intergouvernementales, et enfin et surtout, consommateurs de drogues eux-mêmes. Créer l'AHRN sous forme de réseau a également jeté la base de la mise en commun des ressources techniques, humaines et financières; de la mise en commun de l'information; du soutien mutuel des membres du réseau; et de l'élaboration des stratégies de sensibilisation tellement nécessaires.

Ce qui s'est passé peu après la formation de l'AHRN a confirmé la nécessité de sa création: le nombre de membres est monté en flèche, de 46 au début à plus de 1000 12 mois plus tard. L'AHRN n'avait pas encore installé ses bureaux que lui parvenaient déjà des demandes de soutien émanant d'organisations nationales et internationales. L'AHRN a agi de façon décisive en mettant en place un groupe de travail sur la consommation de drogues et sur le VIH/SIDA en 1997 à Bangkok; en réajustant les programmes de travail de l'ONUSIDA et du PNUCID pour mettre

davantage l'accent sur trois éléments: la consommation de drogues et le VIH/SIDA; mettre la consommation de drogues et le VIH/SIDA à l'ordre du jour des gouvernements; et militer sans relâche pour des approches pragmatiques et humaines de la prévention.

Naturellement, il ne serait pas juste de dire qu'aucun effort n'avait été fait dans le domaine du VIH/SIDA et de la consommation de drogues jusqu'en 1996. Un certain nombre d'organisations et de personnes ont travaillé dur à la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues. Certains ont, par ignorance, fait plus de mal que de bien – arrêter les consommateurs de drogues, les enchaîner par crainte du VIH/SIDA et les mettre en prison. Rétrospectivement, il est frappant de voir à quel point les choses ont changé après la création du réseau. L'exemple de l'AHRN montre que l'impact d'un réseau ouvert ne résulte pas simplement de la combinaison de l'impact de ses composants; les interactions entre les membres du réseau lui confèrent une force bien supérieure à la somme de ses parties.

X. Enseignements tirés de l'AHRN

A. Création et gestion de l'AHRN

- Le concept de l'AHRN est né de l'observation que les programmes de réduction des risques isolés avaient peu d'occasions de mettre en commun leurs ressources et leurs informations.
- Une réunion internationale de fondation a constitué une première étape cruciale pour rassembler les gens, les faire discuter et lancer le réseau.
- L'AHRN a gagné à être créé et dirigé par des programmes de terrain plutôt que d'être lancé par des organismes donateurs.
- Il a fallu un nombre important d'organismes de soutien pour aider le réseau à solliciter des financements et à identifier une base de financement appropriée et diversifiée.
- Disposer d'un secrétariat financé et d'un coordinateur à plein temps a été indispensable au développement du réseau, au service de ses membres et à la garantie du financement des années à venir.
- Développer les activités de l'AHRN, mettre en place son secrétariat et assurer le financement a requis une expertise considérable.
- L'adaptation des stratégies de réduction des risques aux différentes cultures a été cruciale pour leur acceptation.
- Le soutien des organisations et des personnes au niveau local a été critique pour la reconnaissance et le succès du réseau.

B. Impact des activités

- Le Réseau asiatique de Réduction des Risques est un bon exemple de bonnes pratiques en matière de diffusion des informations et de constitution de réseaux.
- Des documents comme l'*AHRN Newsletter*, *The Hidden Epidemic* et *The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia* ont constitué des ressources précieuses pour les programmes de réduction des risques en Asie.
- Au début, il a été très important pour l'AHRN de clarifier puis de promouvoir ses fonctions principales: sensibilisation, mise en commun des informations, constitution de réseaux et formation.
- Un réseau comme l'AHRN peut jouer un rôle important de plaidoyer pour la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues aux niveaux national et régional.
- L'AHRN a eu un impact majeur sur les organismes des Nations Unies pour la légitimation des programmes de réduction des risques.
- La constitution de réseaux entre programmes est cruciale pour leur reconnaissance et l'amplification de leur impact.
- L'AHRN a aidé à professionnaliser la réduction des risques en Asie.
- La dynamique de l'épidémie de SIDA requiert la flexibilité et le pragmatisme qu'un réseau comme l'AHRN a été capable d'offrir.
- La réduction des risques et la constitution de réseaux valorisent les activités de prévention du VIH en Asie.
- Le VIH se diffuse chez les consommateurs de drogues à un rythme croissant en Asie et dans d'autres régions. Cela signifie que les réseaux, les programmes et les gouvernements doivent redoubler d'efforts pour mobiliser les communautés et les ripostes plus efficacement dans les années à venir.

C. Questions relatives au réseau

- L'efficacité du réseau doit être démontrée et maintenue.
- Assurer un financement suffisant au soutien des activités en cours est d'une importance cruciale.
- Il faut améliorer les capacités techniques des programmes de réduction des risques en Asie.
- Il faut clairement identifier les principes, processus et éléments de bonnes pratiques en matière de prévention du VIH chez les consommateurs de drogues.
- Il faut dynamiser les autres ripostes rapides à l'épidémie de VIH chez les consommateurs de drogues.
- L'accès à l'information et aux ressources doit être facilité pour les personnes et les programmes des pays moins développés.
- Il faut affronter les obstacles techniques et l'AHRN doit s'assurer que ses membres sont satisfaits des services du réseau.
- Les communications doivent s'améliorer et surmonter les obstacles géographiques et linguistiques.

- Il faut faciliter l'accès des consommateurs de drogues, surtout ceux vivant avec le VIH/SIDA, au réseau.
- Les membres du réseau doivent clairement comprendre où se situe l'appartenance du réseau.
- Il faut développer une culture de réseau grâce à laquelle les membres réalisent que leur implication est un élément clé du réseau.
- Un réseau a besoin d'une philosophie claire à laquelle tous les partenaires adhèrent. Le succès d'un réseau repose sur la clarté de ses objectifs.
- Les réseaux doivent être souples. Les membres s'y impliqueront davantage si le réseau a le potentiel de répondre à leurs besoins.
- Il faut garder une relation égalitaire entre les membres d'un réseau de façon qu'aucun membre ou groupe ne domine aux dépens des autres. L'adhésion, qu'elle soit individuelle ou institutionnelle, ne peut pas être liée seulement au soutien des donateurs. Les membres du réseau doivent être prêts à contribuer, notamment sur le plan financier, pour aider le réseau à fonctionner de façon efficace et effective.
- Le manque de coordination peut expliquer à lui seul l'échec d'un réseau. Des problèmes surgiront si les partenaires clés ont la sensation d'être exclus du processus de prise de décision.
- Une bonne communication est essentielle au réseau, particulièrement quand les distances entre les parties prenantes sont très grandes et que l'accès aux infrastructures de communication est inégal.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de sept organisations des Nations Unies: le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de sept organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts et dans tous les domaines – médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

Cette étude de cas est consacrée à l'élaboration et l'impact du Réseau asiatique de Réduction des Risques, créé afin de promouvoir une riposte élargie à la propagation rapide du VIH/SIDA parmi les consommateurs de drogues en Asie. On y trouve une vue d'ensemble des principales activités du Réseau – renforcement des initiatives existantes et soutien à de nouvelles initiatives dans les domaines de la diffusion de l'information, la formation, la sensibilisation et la création de réseaux – ainsi qu'un examen de la situation concernant la consommation de drogues en Asie. Les orientations futures du Réseau, ainsi que les enseignements tirés en termes d'impact, de gestion et de pérennité du Réseau, sont également soulignés.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

Tél. (+4122) 791 46 51 – Fax (+4122) 791 41 87

courrier électronique: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

\$10.00