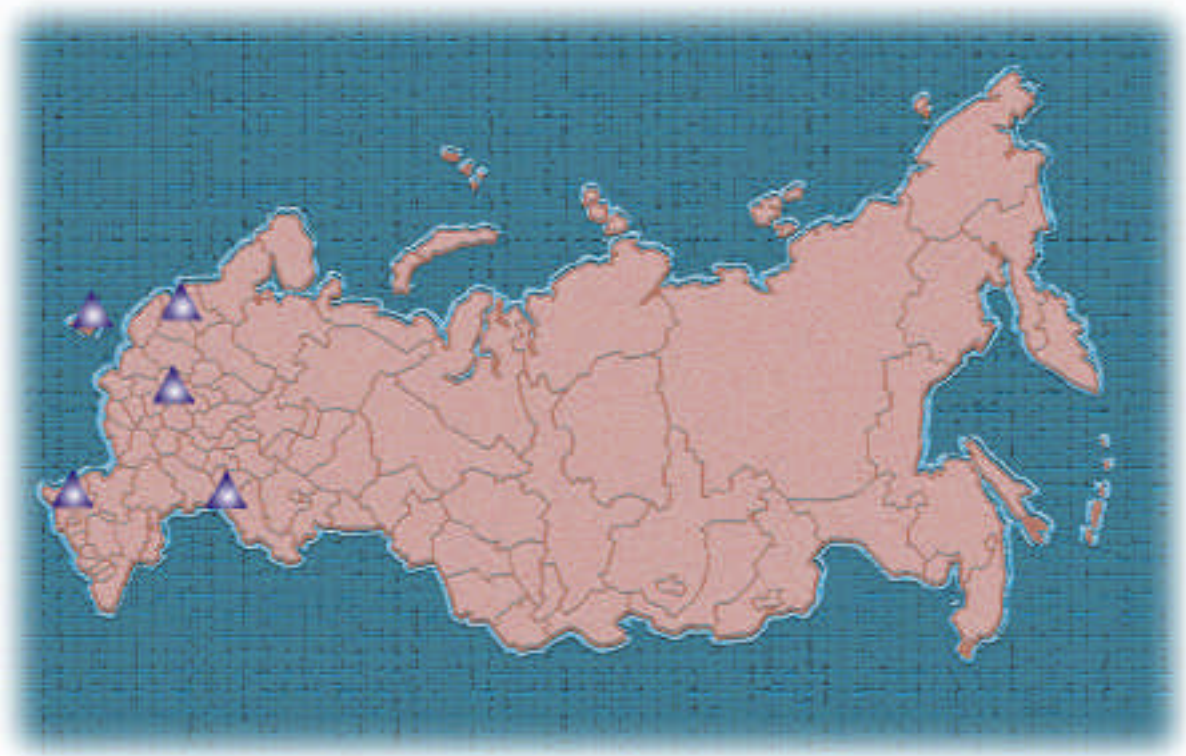


MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES  
MINISTERE EMPLOI SOLIDARITE  
MILDT

# TOXICOMANIE ET VIH EN FEDERATION DE RUSSIE

PERTINENCE ET EFFICACITE  
DE L'ASSISTANCE FRANÇAISE



## RESUME

Le plan triennal de la MILDT a prévu de développer la coopération dans le cadre de la prévention et du soin dans le domaine de l'usage de drogues, dans différents pays dont la Russie. Des budgets ont été délégués au MAE et, fin 2001, une mission composée de 3 experts s'est déplacée à Moscou, Kaliningrad et St Pétersbourg pour évaluer l'utilisation des financements français.

Trois constats s'imposent d'emblée :

- la Russie et, au-delà, l'Europe, est confrontée à une double épidémie toxicomanie-sida d'une exceptionnelle gravité. Elle est encore inapparente car elle est très récente. L'évolution prévisible des contaminations par l'usage de drogues et la prostitution, ainsi que l'histoire naturelle de la maladie sida, va conduire, en toute logique, à plusieurs centaines de milliers de morts chez les 15-30 ans, d'ici à 7 ans. Le choc médiatique, humain, démographique, économique va être considérable.
- le système de surveillance des épidémies est quasi-inexistant. Des recueils épidémiologiques, non basés sur la désignation, doivent être construits pour déterminer l'ampleur du fléau et son évolution. Les interventions politiques et sanitaires doivent pouvoir infléchir l'épidémie.
- le système de soins est inadapté. Il s'agit parfois d'un problème de coût, comme pour les antirétroviraux. Parfois c'est un problème d'organisation dû à la rupture politique et sociale des années 90 et souvent, pour ce qui concerne la toxicomanie, il s'agit d'une stagnation dans des raisonnements scientifiques et de choix sanitaires non opérants.

En ce sens, il ne s'agit pas d'apporter des fonds à la Russie dans un cadre humanitaire, mais bien de l'accompagner sur les plans intellectuels et structurels.

Le financement français a doublé en 3 ans, et les choix faits, sur lesquels la mission a pu avoir un regard très complet, semblent avoir répondu à plusieurs défis :

- efficacité réelle dans le secteur considéré, dans les zones géographiques sélectionnées, en ce qui concerne une aide directe à des usagers, héroïnomanes ou des publics en très grande souffrance, enfants des rues, prostituées séropositives ;
- mise en évidence de l'utilité de certains outils de réduction des risques, montrant aussi l'absence relative de conséquences néfastes ;
- construction de liens forts entre les structures, entre les villes, basées entre autres sur des formations, permettant ainsi de tendre vers un réseau de partage de connaissances et de moyens.

Les structures porteuses ont utilisé de façon optimale le financement accordé et ont modélisé des actions susceptibles d'être utilisées dans le reste du pays.

Des questions annexes par rapport aux priorités relevées plus haut mais importantes pour la suite des financements, sont à résoudre dans les années à venir :

- la pérennisation des actions ;
- leur prise en charge par des associations russo-russes, et/ou par l'Etat Russe ;
- l'implication et la coordination de l'Union Européenne et de la communauté internationale pour ces interventions.

Dr POLOMENI - Dr CSASZAR-GOUTCHKOFF

# **RAPPORT DE MISSION RUSSIE – DECEMBRE 2001**

Dr Pierre Poloméni  
Dr Michel Csaszar-Goutchkoff  
Dr Jean Tchériatchoukine

*La France apporte depuis plusieurs années un soutien à la lutte contre la toxicomanie et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine-VIH, en Fédération de Russie.*

*Le Ministère des Affaires Etrangères – MAE, a chargé deux médecins français d'une mission sur place, d'évaluation des actions financées. Celle-ci a été effectuée avec le soutien de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, MILDT, et du Ministère de la Santé.*

*Les chargés de mission se sont rendus en Russie du 10 au 18 décembre 2001, assistés par Monsieur le Conseiller d'Ambassade de France à Moscou. Ainsi, Messieurs les Docteurs Pierre Poloméni, praticien hospitalier, chargé de mission à la MILDT, et Michel Csaszar-Goutchkoff, médecin chef de Santé Publique, avec l'aide de Monsieur le Docteur Jean Tchériatchoukine, inspecteur général des affaires sociales et Conseiller d'Ambassade, ont visité les principaux sites d'application de l'aide française, ont rencontré les responsables institutionnels compétents dans le domaine et pu ainsi mesurer l'efficacité d'une prise en compte adéquate du contexte social et économique russe.*

*L'expérience acquise par la France dans ces domaines, toxicomanie et VIH, donne à l'aide apportée une valeur d'exemple méthodologique. La réduction des risques reste au centre de cette stratégie de prévention.*

## **PERSONNES ET INSTITUTIONS RENCONTREES AU COURS DE LA MISSION.**

Monsieur le Docteur Egorov : responsable de la lutte contre la toxicomanie au Ministère Fédéral de la santé ;

Monsieur le Docteur Zikov : président de l'association " Non à l'alcool, non à la toxicomanie " NAN ;

Monsieur le Docteur Poliatekine : responsable du site moscovite de réduction des risques NAN ;

Madame Bouliguine : responsable du centre de désintoxication et sevrage " Guérison " à Moscou ;

Monsieur Tsekanovitch : président de l'association " Humanitaire Russie ", représentant à St Pétersbourg de l'antenne Médecin du Monde ;

Monsieur Ostrovski : président de l'association de lutte contre le VIH et la toxicomanie " Le Retour " et " Le Ruisseau du Moulin " à St Pétersbourg ;

Madame Bolkova : médecin épidémiologiste chef, service sanitaire municipal de la ville de St Pétersbourg ;

Monsieur Yakovlev : médecin chef de l'hôpital des maladies infectieuses Botkine à St Pétersbourg ;

Maxime et Edouard : patients, responsables du groupe d' "Auto-support " pour les patients VIH positifs à St Pétersbourg ;

Monsieur le Docteur A. Dreizin : psychiatre, médecin chef de la lutte contre la toxicomanie, municipalité de Kaliningrad et fondateur de l'association "Non au Sida et aux Drogues" ;

Monsieur Altovsky : association " Zone de la loi " en faveur de la lutte contre la toxicomanie et le VIH, à Kaliningrad ;

Monsieur Pancratov : président de l'association " Le Bord ", soutien et " Auto-support " pour les patients VIH positifs de Kaliningrad ;

Madame S. Shatshik : cabinet du maire de Kaliningrad en charge des volets sociaux, jeunesse, santé et éducation ;

Monsieur H. Mikkelsen : responsable des programmes Europe à ONUSIDA, Genève ;

Madame le Docteur Stambul : association Médecins du Monde France, responsable du projet Bus échange de seringue, St Pétersbourg ;

Monsieur le Docteur Lys : psychiatre, référent pour les actions de réduction des risques en Russie auprès d'associations françaises et russes ;

Monsieur A. Keltchewsky : Consul Général de France à St Pétersbourg ;

Monsieur Chauvet : Ministère des Affaires Etrangères, DGCID ;

Monsieur Maillard : Ministère des Affaires Etrangères, DGCID ;

Madame le Docteur Ooms : Ministère des Affaires Etrangères, DGCID.

De nombreux praticiens, patients, psychologues et travailleurs sociaux ont été rencontrés lors des séances de travail, leurs noms ne peuvent être tous cités.

La mission remercie Madame Christine Bouchard de l'ambassade de France à Moscou pour l'organisation des rencontres.

## **DEROULEMENT DES VISITES LORS DE LA MISSION :**

### **Moscou :**

- Ministère Fédéral de la Santé, Moscou : rendez-vous avec M. Egorov, responsable de la lutte contre la toxicomanie ;
- Rencontre avec les responsables de l'Association NAN : siège fédéral, présentation des projets de Samara et de Krasnodar, fonds Yassen, centre de réhabilitation " La Guérison", Moscou.

### **Saint Pétersbourg :**

- Rencontre avec monsieur le Consul Général de France ;
- Rencontre avec la responsable du centre de surveillance sanitaire et épidémiologique de la municipalité ;
- Rencontre avec le Pr. Yakovlev et visite de l'hôpital Botkine ;
- Association. " Le Retour" : visite d'un centre médico-social pour enfants des rues
- Visite du Centre de Réhabilitation " Le Moulin du ruisseau" ;
- Médecins du Monde : visite de l'antenne mobile "Prostituées", "Petit Bus" ;
- Visite du bus "Echange de Seringues", "Grand Bus" ;
- Rencontre avec les responsables au siège et travail sur les actions et les projets.

### **Kaliningrad:**

- Rencontre avec l'adjointe du maire responsable "Santé" de la mairie ;
- Réunions de travail avec le Dr Dreizin, "narcologue", responsable des programmes de lutte contre la toxicomanie de la ville ;
- Réunion avec les associations spécialisées et les journalistes associés au projet.
- Visite d'un centre de crise "Enfants des Rues" ;
- Visite d'une antenne mobile "Echange de Seringues".

# S O M M A I R E

## **PREMIERE PARTIE LE CONTEXTE HISTORIQUE, ECONOMIQUE ET SOCIAL RUSSE**

**P. 8**

### **1.1 - UNE CRISE DEMOGRAPHIQUE**

### **1.2 - UNE CRISE SANITAIRE**

### **1.3 - DES CHIFFRES A PRENDRE AVEC PRECAUTION**

## **DEUXIEME PARTIE DEUX EPIDEMIES D'AMPLEUR MAJEURE : LA TOXICOMANIE ET LE VIH**

**P. 10**

### **2.1 – UNE EPIDEMIE DE TOXICOMANIE PAR VOIE INTRAVEINEUSE**

2.1.1 – UNE OFFRE CROISSANTE

2.1.2 – L'HEROÏNE EST LE PRODUIT PRINCIPAL DE CETTE CONSOMMATION

2.1.3 – LES PERSONNES TOUCHEES SONT JEUNES ET NOMBREUSES

2.1.4 – LA REPONSE A CETTE EPIDEMIE EST FAIBLE ET DE PEU D'EFFET

2.1.5 – LA REPONSE ASSOCIATIVE ET HUMANITAIRE EST COURAGEUSE ET PEDAGOGIQUE

2.1.6 – L'INFRASTRUCTURE OFFICIELLE REPRESENTE UN POTENTIEL QUI PEUT ETRE MOBILISE

2.1.7 – LA CREATION DE RESEAUX A ETE UN FACTEUR ESSENTIEL DE REUSSITE ET DE DIFFUSION

### **2.2 – UNE EPIDEMIE D'INFECTION PAR LE VIH RAPIDE ET DE GRANDE AMPLEUR**

2.2.1 - EVOLUTION EPIDEMIOLOGIQUE ET SITUATION AU 1<sup>ER</sup> DECEMBRE 2001

2.2.2 – LE MODE DE CONTAMINATION EST ENCORE ESSENTIELLEMENT LIE A L'USAGE DE DROGUES I.V.

2.2.3 – UNE POPULATION ENCORE TRES ISOLEE EPIDEMIOLOGIQUEMENT

2.2.4 – UNE REPONSE ENCORE FAIBLE A L'EPIDEMIE DE CONTAMINATION PAR LE VIH

2.2.4.1 – La prévention

2.2.4.2 – La surveillance et le dépistage

2.2.4.3 – Le traitement

## **TROISIEME PARTIE APPROCHE PAR SITE**

**P. 17**

### **3.1 – DE L'INTERET D'UNE ASSISTANCE TECHNIQUE ET D'UNE ACTION DE COOPERATION**

### **3.2 – LA MILDT, LE MAE ET LES CHOIX FRANÇAIS, PRESENTATION RAPIDE DES STRUCTURES FINANCEES**

3.2.1 – PRESENTATION SIMPLIFIEE DES CREDITS MOBILISES

### **3.3 – DESCRIPTION DES SITES ET VISITES AU COURS DE LA MISSION**

3.3.1 – SAMARA ET KRASNODAR : PREVENTION AUPRES DES ENFANTS DES RUES AVANT LA PRISE DE TOXIQUES, ASSOCIATION « NAN »

3.3.2 – PROJETS DEVELOPPES PAR MEDECINS DU MONDE

3.3.2.1 - Le bus « réduction des risques, de prévention de l'infection à VIH dans le milieu des toxico dépendants » de St Pétersbourg

3.3.2.2 - Le projet « aide médico-sociale aux prostituées »

3.3.2.3 - Le projet « centre de prévention périphérique »

3.3.2.4 - Elista et Astrakhan

3.3.3 – ASSOCIATION « LE RETOUR » SAINT PETERSBOURG

3.3.4 – PROJET DU CENTRE DE REHABILITATION « KAMEN » A PSKOV

**QUATRIEME PARTIE  
ANALYSE ET REFLEXIONS GENERALES**

**P. 24**

**4.1 – CES ACTIONS SONT PEDAGOGIQUES**

**4.2 – CES ACTIONS SONT EFFICACES**

**4.3 – PLUSIEURS QUESTIONS RESTENT EN SUSPENS**

4.3.1 – PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

4.3.2 – LA VILLE DE STPETERSBOURG

4.3.3 – FINANCEMENTS DES STRUCTURES ET DES ACTIONS EN RUSSIE

**CINQUIEME PARTIE  
CONCLUSION ET PROPOSITIONS**

**P. 27**

**5.1 – CONCLUSIONS**

**5.2 – PROPOSITIONS GENERALES**

5.2.1 – MAINTIEN ET AMPLIFICATION DE LA COOPERATION FRANÇAISE

5.2.1.1 – Garantir l'efficacité et la diffusion des programmes / Répondre à des besoins / Poursuivre l'évaluation et la visibilité du soutien et des actions

5.2.1.2 – Organisation d'un colloque international sur la réduction des risques

**5.3 – PROPOSITIONS DIVERSES**

## **PREMIERE PARTIE**

### **LE CONTEXTE HISTORIQUE, ECONOMIQUE ET SOCIAL RUSSE**

La Fédération de Russie était, jusqu'à il y a peu, le principal élément de l'un des deux plus puissants pays du monde contemporain : l'URSS.

L'URSS cesse d'exister en 1991 et durant la décennie 90 la Fédération de Russie entre dans une période de mutation sans précédent mondial connu. Cette période s'accompagne d'une régression économique, sociale et sanitaire qui accroît la pauvreté et bouleverse les valeurs de ce pays qui reste, en population, le huitième de la planète.

Presque tout le système administratif a été anéanti. Il est en cours de réinvention et de reconstruction. Il en est de même de l'appareil législatif. Si les mots de protection sociale, de santé, de soins, de qualité de vie demeurent, leur sens varie considérablement par rapport à la perception que nous en avons en Europe de l'Ouest.

Certains indicateurs permettent de rendre compte de ces transformations.

La Russie compte 144,4 millions d'habitants, son PIB est de \$ 345 milliards soit \$ 2 390 par habitant, en France, le PIB est de \$ 24 600 par habitant. L'inflation est de 17 %. Le PIB a chuté de 42,3 % entre 1990 et 1998. La croissance en 2001 a été de 3,8 %, après avoir été souvent négative ces dernières années.

Dans le domaine qui nous concerne, la Russie est confrontée à deux crises sans précédent.

Une crise démographique et une crise sanitaire, la double épidémie de toxicomanie et de VIH n'est que l'un des plus dramatiques volets.

#### **1.1 - UNE CRISE DEMOGRAPHIQUE**

La Russie pourrait passer, selon des spécialistes démographes, de 145 millions d'habitants en l'an 2000 à 80 millions en 2050. Aucun pays industriel n'a connu une régression aussi marquée en temps de paix. L'Allemagne, l'Italie n'ont connu une telle évolution qu'à l'issue de la guerre.

La décroissance est annuellement de 0,4 %, l'espérance de vie à la naissance est de 65,8 ans, 73,6 ans pour les femmes et 61,46 ans pour les hommes. La fertilité est l'une des plus basses du monde avec 1,3 naissances par femme. On compte 2,1 millions d'IVG - interruption volontaire de grossesse, pour 1,7 millions de naissances.

Durant la dernière décennie, ce pays a perdu 7,1 millions d'habitants, compensée par une forte immigration. La chute en nombre absolue est de 3,7 millions de personnes.

Cette régression est due également à une mortalité très importante et précoce chez les hommes, liée à une addiction forte, à l'alcool et à des décès précoces par les maladies cardio-vasculaires et infectieuses et en particulier la tuberculose.

Ceci rend l'impact de l'épidémie VIH/Toxicomanie encore plus redoutable.

#### **1.2 - UNE CRISE SANITAIRE**

L'URSS disposait d'une infrastructure médicale et sanitaire réputée efficace, ce dont témoignent encore les nombres de médecins et de lits d'hôpitaux. On compte 4,6 médecins, et 12,1 lits pour 1 000 habitants.

A l'issue de la dernière décennie la Fédération de Russie connaît une crise sanitaire profonde.

La Russie ne consacre que 4,6 % de son PIB à la santé, soit \$ 133 par habitant.

La France consacre 9,6 % de son PIB à la santé, elle dépense \$ 2 377 par habitant en soins et compte 3 médecins, et 8,5 lits pour 1000 habitants. Elle est considérée par



l'OMS, comme le premier pays dans le domaine de la santé, à partir d'indicateurs synthétiques.

En Russie, la mortalité infantile est, en 1999, de 16 pour 1 000 naissances, en France elle est de 4,8 et la mortalité pour les enfants de moins de 5 ans est en Russie de 20 pour 1 000 naissances contre 5 en France.

Dans les hôpitaux en Russie, seuls les lits sont fournis, les médicaments sont rares et très chers et les services médicaux de qualité rarement gratuits.

L'épidémie de tuberculose traduit bien cette détérioration :

- l'incidence est de 106 pour 100 000 en Russie quand elle est de 19 en France.
- on estime à 30 000 le nombre de décès annuels dus directement à la tuberculose auxquels on ajoute 30 000 patients invalides chroniques La prévalence est plus élevée dans les populations sans ressources. La Russie connaît le plus important pourcentage mondial de germes de la tuberculose résistants aux antibiotiques. L'impact morbide en est accru.
- en prison, dans certains centres près de 60 % des détenus sont atteints . Cela a créé une notion de "pompe épidémique" pour ces établissements, il devrait en être de même pour la transmission du VIH.

### **1.3 - DES CHIFFRES A PRENDRE AVEC PRECAUTION**

Ces données économiques, sociales et sanitaires sont issues de rapports officiels de l'OMS, d'EuroVIH et de la Banque Mondiale ainsi que des statistiques officielles de la Fédération de Russie.

Mais le système de recueil et de décompte des données sanitaires n'est pas d'une fiabilité totale. De nombreuses données en population générale sont des projections établies à partir d'échantillons qui ne sont pas toujours représentatifs.

Les données sur file active de patients paraissent souvent plus fiables, mais elles ne concernent que de très faibles échantillons.

Toutefois, les ordres de grandeur sont réels et confirmés par différentes sources. Les taux de croissance, issus de recueils identiques, le sont également en partie.

## **DEUXIEME PARTIE**

### **DEUX EPIDEMIES D'AMPLEUR MAJEURE : LA TOXICOMANIE ET LE VIH**

La mission a, dans un premier temps, pu constater l'ampleur et la gravité de la situation dans les domaines considérés.

#### **2.1 - UNE EPIDEMIE DE TOXICOMANIE PAR VOIE INTRAVEINEUSE**

Officiellement, dans les années 80, la Russie ne comptait pas plus de 3 000 toxicomanes par voie intra veineuse.

Officiellement, en 2001, le Ministère de la Santé russe estime ce nombre à près de 3 300 000 patients recensés avec certitude, extrapolé d'un facteur 10 ; ceci représente plus de 2 % de la population !

Cette épidémie a des caractéristiques spécifiques.

##### **2.1.1 - UNE OFFRE CROISSANTE**

La guerre en Afghanistan débutée en 1979, semble marquer le début de cette épidémie. L'accès aux toxiques et leur diffusion s'étend ensuite rapidement.

L'offre est forte. Un gramme d'héroïne à St Pétersbourg coûterait 1000 roubles soit 250 F, ce qui est relativement peu cher. L'héroïne vient d'Asie Centrale, d'Afghanistan, du Tadjikistan.

La Russie peut apparaître comme un lieu de transit vers l'Europe occidentale et les USA. Les premières villes touchées en Russie furent les villes portuaires et celles proches des routes d'Asie Centrale, Kaliningrad, Ekaterinbourg et Odessa en Ukraine par exemple.

Les produits amphétaminiques, l'ecstasy en particulier, viennent d'Europe occidentale ; les Pays-Bas sont le pays plus souvent cité.

##### **2.1.2 - L'HEROÏNE EST LE PRODUIT PRINCIPAL DE CETTE CONSOMMATION**

L'héroïne est le produit le plus fréquemment consommé, souvent de médiocre qualité, très coupée. L'injection se fait par voie intra-veineuse. Selon les apports et les régions, les opiacés peuvent aussi se consommer en groupe sous forme de " Kompot " dans le " pot commun ", avec parfois adjonction d'une goutte de sang pour tous. Le partage de seringues et de matériel est la règle. Les connaissances relatives au respect de règles d'hygiène ou d'asepsie sont inexistantes.

Le deuxième produit consommé semble être l'éphédrine/éphédrone en usage intraveineux (I.V.) à partir d'éphédrine facilement accessible en pharmacie. Là aussi, la fabrication commune est fréquente.

L'opium est rare, de même que le LSD.

L'usage du lait de pavot n'est connu que des plus vieux usagers et a une valeur presque poétique, le " Mak " .

Par ailleurs, beaucoup d'enfants des rues " sniffent " des solvants et de la colle.

L'alcool est constamment associé : la consommation pour les hommes est de plus de 15 litres d'alcool pur par an et par individu.

56 000 enfants alcooliques de moins de 14 ans sont recensés.

##### **2.1.3 - LES PERSONNES TOUCHEES SONT JEUNES ET NOMBREUSES**

La plus grande particularité de cette toxicomanie est l'extrême jeunesse des usagers. D'année en année on note leur rajeunissement. Ces enfants et ces adolescents sont souvent sans aucun lien social, ni familial, ni institutionnel.

Cette toxicomanie existe dans presque toutes les villes. Les enfants consommateurs d'à peine 10 ans ne sont plus exceptionnels. 10 % des jeunes appelés pour le service militaire seraient considérés comme "toxico-dépendants" au moment de l'incorporation.

Dans une file active suivie à St Pétersbourg en 1998, 27 % des usagers avaient moins de 18 ans, 25 % entre 18 et 20 ans et plus de 90 % au total avaient moins de 25 ans.

L'intoxication est souvent assez récente. Lors des prises de contacts dans les programmes de réduction des risques à St Pétersbourg, 57 % des usagers consommaient depuis moins de 1 an.

Certaines populations sont plus exposées :

- Les prostituées des grandes villes, celles exerçant leur métier de façon plus indépendante hors des circuits hôteliers sont considérées comme usagers de drogues pour près de 90 %. Elles sont également très jeunes et ne bénéficient d'aucune information ni soutien social ou sanitaire.
- Les détenus sont fortement concernés, les informations sont rares à ce sujet.
- Les enfants des rues, d'abord " sniffeurs ", deviennent rapidement des usagers I.V. après une initiation par les plus "grands ".

La toxicomanie est accompagnée d'une très grande exclusion :

- Sans rentrer dans les origines sociales de la toxicomanie, en Russie, elle n'est pas un phénomène culturel de classe aisée.
- A St Pétersbourg, 23 % seulement des personnes rencontrées déclarent avoir un emploi stable, mais cette notion en Russie est encore aléatoire.
- 75 % sont sans emploi, dont 46 % sont chômeurs sans revenus précis.
- S'agissant d'usagers jeunes, la plupart n'ont aucune formation, ni scolaire ni a fortiori professionnelle, avec peu de liens sociaux. Leurs conditions d'hébergement ne sont pas connues. Il est probable qu'une partie d'entre eux sont "usagers-petits revendeurs" pour accéder à leur consommation personnelle.

#### **2.1.4 - LA REPONSE A CETTE EPIDEMIE EST FAIBLE ET DE PEU D'EFFET**

Hormis quelques rares milieux associatifs et professionnels qui s'engagent dans la prévention et le soin, la toxicomanie est, en Russie, exclusivement perçue comme un délit. L'usager n'est considéré que comme un délinquant, unique responsable de sa dépendance. Les réponses proposées ne procèdent que de cette approche répressive et pénale. Beaucoup d'usagers sont incarcérés. Devant les pharmacies, la milice interpelle des usagers venant acheter des seringues. L'inscription dans un centre pour traitement de la dépendance toxicomane implique un enregistrement et une identification officielle préjudiciable.

L'idée d'une approche thérapeutique, sociale et sanitaire n'existe pas. Elle peut être perçue comme incitative à la consommation. Le contexte culturel dominant n'est pas favorable à cette démarche. L'exemple moscovite est, de ce point de vue, particulièrement démonstratif.

La prise de conscience en Fédération de Russie est très récente. Le président Poutine a donné une dimension fédérale et prioritaire à la lutte contre la drogue en 1998 avec la création d'un comité interministériel et l'élaboration d'une loi spécifique. Cependant l'approche adoptée reste essentiellement répressive, tendant davantage à agir sur l'offre que sur la demande. Si le plus haut niveau de l'État semble avoir pris conscience du danger, il en est tout autrement des strates intermédiaires, et plus particulièrement des administrations concernées : Police, Santé, Social.

La réponse thérapeutique officielle s'inspire de modalités anciennes, " soviétiques ", de lutte contre l'alcoolisme.

Des dispensaires existent, dirigés par des médecins " narcologues " officiels. Leur pratique n'est pas réputée comme utilisant des méthodes dont l'efficacité est reconnue. Il n'y a pas de prise en charge cohérente et coordonnée régulière.

Des tentatives de sevrage sont proposées, parfois à des prix prohibitifs, \$ 4 000/mois. Il n'y a, en dehors des associations spécialisées caritatives, aucun suivi organisé, aucun accompagnement, aucune stratégie de prévention.

Enfin, le système officiel nécessite un " enregistrement ", il n'est pas gratuit. De ce fait, il est probable que peu d'usagers seraient tentés de recourir à ce système.

L'information pertinente sur les produits et leurs dangers fait défaut, en particuliers auprès des populations à risques. Selon de nombreux intervenants celle-ci devrait être entreprise dès les classes élémentaires, dans les écoles. Les professeurs sont considérés comme " très conservateurs ", ils ne participent pas à ce travail. Les écoles suivent un programme fédéral dans lequel cette prévention n'est pas intégrée. Pour témoigner de cette difficulté, par exemple, si l'éducation sexuelle est abordée de façon trop explicite, des plaintes peuvent être déposées. La connaissance dont disposent les enfants et les usagers tient plus de la fabulation et du mythe que de la science. Parfois, dans de rares cas, les parents sont au contraire moteurs de l'évolution de l'éducation. Mais ici encore, l'importance de l'épidémie n'est pas perçue.

Dans un pays où tout manque pour les retraités et la majeure partie de la population, le traitement des toxicomanes apparaît encore à beaucoup comme un luxe inutile et vain.

### **2.1.5 - LA REPONSE ASSOCIATIVE ET HUMANITAIRE EST COURAGEUSE ET PEDAGOGIQUE**

L'échange de seringues est considéré par la loi comme incitatif et donc constitue un délit, à Moscou en particulier.

La méthadone est interdite en Russie. L'accès aux médicaments adaptés contre la dépendance est rare, coûteux.

Dès 1987 avec l'association " Non à l'Alcoolisme et à la Toxicomanie " - NAN, puis à partir de 1995 avec d'autres acteurs, des initiatives humanitaires et associatives voient le jour.

Elles s'inspirent des méthodes utilisées en Europe occidentale. La stratégie de la réduction des risques est souvent au centre de ces actions.

La fondation " Soros ", semble être l'organisme disposant des plus importants budgets. Elle finance près de 40 sites d'échanges de seringues en coopération avec Médecins du monde, MSF-Hollande, NAN et l'association de lutte contre la toxicomanie à Kaliningrad. L'ensemble du projet correspondait, dans le cadre de l'International Harm Reduction Development Programm of the Open Society Institut, au sigle "RAPID". Il semble avoir évolué vers d'autres orientations. Toutefois, l'échange de seringues reste son activité quasi exclusive. La fondation ne soutient pas, en principe, d'autres modalités thérapeutiques.

Médecins du Monde France avec le Dr B. Stambul et la Fondation " Le Retour " de M. Ostrovski ont créé, à St Pétersbourg, le premier bus d'échanges de seringues et de réduction des risques. Ce projet a été soutenu par l'Union Européenne au travers d'un financement Tacis. Il a débuté son activité le 20 janvier 1997.

Ces démarches étaient et sont courageuses. Les pressions de la milice ont été très pesantes, parfois violentes. Un bus a été incendié à St Pétersbourg en 1999.

D'une façon générale, les actions sont opérantes lorsqu'il existe localement la rencontre d'une institution ou d'une administration ouverte, de professionnels "motivés, compétents et curieux" et d'un financement, le plus souvent modique.

### **2.1.6 - L'INFRASTRUCTURE OFFICIELLE REPRESENTE UN POTENTIEL QUI PEUT ETRE MOBILISE**

La Fédération de Russie compte, dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie, une infrastructure importante. Officiellement ce pays dispose d'un nombre important d'équipes médicales et de dispensaires.

Quelques rares praticiens ont su adopter de nouvelles approches thérapeutiques, plus efficaces et plus respectueuses des individus. Le plus souvent les liens établis avec les associations aux travers des programmes ont été déterminants.

A terme, devant l'ampleur de l'épidémie, seul le système officiel disposerait des moyens suffisants pour faire face. C'est dire la nécessité du long travail de formation, de motivation et de mobilisation qui doit être entrepris. La demande du ministère russe va dans ce sens .

### **2.1.7 - LA CREATION DE RESEAUX A ETE UN FACTEUR ESSENTIEL DE REUSSITE ET DE DIFFUSION.**

L'isolement des praticiens en Russie est grand, c'est un frein considérable à l'innovation. Toutes les actions soutenues par la France, NAN, le Retour, Médecins du Monde ont su, dès le début, créer ces réseaux, les animer et les développer. En témoignent les déplacements des responsables associatifs vers des sites lointains tels que Elista, Samara, voire la Sibérie. Ces réseaux sont une nouveauté ; ils sont un gage de réussite des actions entreprises et de diffusion des expériences concluantes.

## **2.2 - UNE EPIDEMIE D'INFECTION PAR LE VIH RAPIDE ET DE GRANDE AMPLEUR.**

L'URSS est confrontée à la première contamination par le VIH en 1987. Il s'agit d'une contamination par voie sexuelle.

De 1987 à 1996, la contamination par le VIH reste très faible en URSS puis en Fédération de Russie. Le mode de contamination prédominant est sexuel, soit homosexuel, soit hétérosexuel. Des incidents de contamination nosocomiale massive chez les enfants sont apparus sporadiquement.

La maladie est considérée alors comme "étrangère", sans implantation probable en Russie. Il y a une très forte stigmatisation des non-résidents et les mesures prises sont plus démonstratives qu'efficaces. Par exemple toute demande de visa prolongé doit être accompagnée d'un résultat de test pour le VIH négatif.

En 1995, le nombre de nouveaux séropositifs connus était de 196, il sera en 1996 de 1 546 cas, il est de 41 112 en octobre 1999.

Cette épidémie a des caractères propres qui la rendent unique au plan mondial, ce sont autant de raisons d'agir rapidement :

- une évolution exponentielle depuis 1996,
- une population touchée très jeune, en grande exclusion,
- un relatif cantonnement à des populations à risque, encore isolées épidémiologiquement.
- Une transmission par usage de drogues I.V. très majoritaire, accessible à une prévention efficace.

Plusieurs facteurs associés mériteraient un développement spécifique :

- l'infection des usagers de drogues I.V. par le virus de l'hépatite C. Dans toutes les études, le taux de prévalence est proche de 90 % de la population des usagers ;
- les MST, en particulier la syphilis, se développent ;
- nous avons déjà évoqué la cohabitation VIH – tuberculose ;
- les problèmes sociaux que sont "les enfants des rues" et la prostitution ;
- enfin, sur le plan de "l'environnement", la surpopulation dans les prisons accélère le processus des transmissions.

Certaines confrontations ethniques sont associées à ces problèmes comme, par exemple, les "tziganes" à Kaliningrad.

### **2.2.1 - ÉVOLUTION EPIDEMIOLOGIQUE ET SITUATION AU 1<sup>ER</sup> DECEMBRE 2001.**

Une évolution exponentielle :

- De 158 cas en 1994, la Russie passe en 2001, à 134 386 cas d'infections à VIH cumulés et officiellement recensés. L'estimation de certains responsables est de près de 1 million de séropositifs en fin 2001.
- Le taux de nouveaux cas par million d'habitants passe ainsi de 1,1 en 1994 à 10,5 en 1996 ; puis à 136,9 en 1999 et enfin récemment à 404,1 en 2000.
- le nombre de nouveaux cas recensés entre janvier et juin 2001 est de 43 863.

- La prévalence reste encore faible à 0,2 % de la population en 1999. En Thaïlande, elle est de 2,2 et de 19,9 en Afrique du Sud. Début 2002 elle pourrait déjà être de 1,1 %.

L'épidémie est récente, expliquant les nombres encore faibles de Sida déclarés et de décès par Sida. 451 cas de sida dont 119 par voie sexuelle, 29 par voie I.V., 323 cas de décès cumulés en 2001.

La proportion d'enfant est plus importante pour les cas de sida, 31 %, que pour les cas de séropositivité HIV, 2 %, sans doute le fait d'une évolution pathologique plus rapide et d'une contamination plus ancienne.

Ce fort décalage temporel peut expliquer en partie la faible perception du phénomène à ce jour. Les personnes séropositives sont, pour la plupart encore, pauci symptomatiques, soit peu directement visibles. D'ici quelques années beaucoup auront évolué vers un SIDA patent. **La mort de centaines de milliers de jeunes russes d'ici à 10 ans est programmée.** Les médias s'empareront de l'information, des solutions seront envisagées en catastrophe. Lorsque l'épidémie sera aussi marquée et d'une telle ampleur, il sera trop tard et sa maîtrise sera impossible, les seules questions seront alors la mise à disposition de thérapeutiques plus coûteuses. **A moindre coût, et avec un bénéfice humain et social considérable, c'est aujourd'hui qu'une action massive doit être menée.**

### 2.2.2 - LE MODE DE CONTAMINATION EST ENCORE ESSENTIELLEMENT LIE A L'USAGE DE DROGUES I.V.

L'usage de drogues I.V. constitue près de 90 % des facteurs de risque liés à la contamination, voire davantage.

Ce chiffre était inférieur à 10 % en 1995, et déjà à près de 60 % en 1996.

On retrouve alors les mêmes caractéristiques que celles du développement de la toxicomanie.

### 2.2.3 - UNE POPULATION ENCORE TRES ISOLEE EPIDEMIOLOGIQUEMENT

Le taux de prévalence dans les populations d'usagers de drogue I.V. est extrêmement variable. Il va de quelques pour cent dans les villes non encore exposées à 20 % dans des villes comme Kaliningrad. Ces données sont indicatives, établies à partir d'enquêtes ponctuelles.

A Kaliningrad, récemment le taux de contamination par voie hétérosexuelle serait passé à près de 25 %, traduisant un passage en population générale de l'épidémie de VIH.

La population de séropositifs est très jeune : 90 % des cas recensés avaient entre 15 et 39 ans en 1999. Elle est essentiellement masculine à ce jour.

La Russie est atteinte de façon encore très hétérogène.

En mars 2000, pour 38 427 cas de HIV connus dans les principaux sites urbains.

- 33 % étaient situées à Moscou soit 12 932 personnes,
- 6,3 % à Krasnodar soit 2406 personnes,
- 2,4 % à St Pétersbourg soit 938 personnes,
- 7,1 % à Kaliningrad soit 2 742 personnes,
- 0,7 % à Vladivostok soit 271 personnes.

Les régions les plus touchées, en proportion, de leur population étaient :

- |               |       |      |         |            |
|---------------|-------|------|---------|------------|
| • Kaliningrad | 290,8 | pour | 100 000 | habitants, |
| • Irkoutsk    | 162,1 | "    | "       | "          |
| • Tver        | 100   | "    | "       | "          |

St Pétersbourg étant à 14,6 pour 100 000 habitants ; Moscou à 85,1 ; Vladivostok à 12,2.

L'ensemble de la Russie à 26,1 pour 100 000.

Au total, l'épidémie russe apparaît comme très récente, débutant en 1996, fulgurante dans son extension et sa croissance. Elle est principalement liée pour cette nouvelle phase à l'usage de drogues I.V.

En outre, elle restait encore circonscrite à certaines villes et plus particulièrement aux usagers de drogues I.V. Le passage en population générale par voie hétérosexuelle est probable à brève échéance et est déjà signalé dans certaines villes.

Ceci justifie une action ciblée rapide centrée sur la réduction des risques.

C'est cette orientation qui a été soutenue par la France au travers des différents programmes.

## **2.2.4 - UNE REPONSE ENCORE FAIBLE A L'EPIDEMIE DE CONTAMINATION PAR LE VIH.**

La lutte contre le VIH comporte trois points : la prévention, le traitement, la surveillance. La Russie paraît encore comme sidérée, presque tétanisée.

### **2.2.4.1 - La prévention**

Elle suppose une prise de conscience des autorités administratives, une action combinée avec les associations de professionnels et les patients.

Elle nécessite un niveau d'information suffisant.

Elle doit s'adapter aux modes de contamination connus et prévus.

La stratégie de réduction des risques répond à la contamination par voie I.V.

En Russie, l'épidémie de VIH reste encore considérée comme exotique, importée, voire improbable.

Il n'existe aucun programme organisé de prévention. Les préservatifs ne sont pas d'usage courant

Quelques campagnes apparaissent dans certains journaux ou à la télévision. Esthétiques, elles mettent l'accent sur la contamination par voie sexuelle. Au milieu des publicités à la télévision, un petit film d'information et de prévention du sida passe parfois. Le message et la réalisation sont cohérents avec les standards de la communication en France.

Il est donc difficile de parler de VIH et de sexualité, mais c'est possible, contrairement à l'usage de drogues.

Le sida reste un angle d'approche plus facile que la toxicomanie, et le ciblage des actions françaises en matière de toxicomanie, sur la jeunesse d'une part, le risque de contamination d'autre part, est bien adapté.

L'appareil réglementaire et législatif apparaît comme contraire aux stratégies de prévention auprès des usagers de drogues. Par exemple l'article 122 de la loi fédérale punit toute contamination : cela équivaut à pouvoir incriminer tout partenaire, voire tout usager de drogues I.V.

La vente de seringues est libre, 3 roubles, sans ordonnance, mais non encouragée ni aménagée, non valorisée, avec parfois une surveillance par la milice ce qui ne l'incite pas. L'échange de seringues, l'information sur l'usage sans risques de contamination apparaissent comme incitatifs et constituent un délit ainsi que nous l'avons dit précédemment.

Par ailleurs, la situation économique et sociale ne permet pas d'investir dans ce champ les moyens qui seraient nécessaires.

Les associations mènent une action construite, avec des méthodes éprouvées.

Cette action n'est efficace à moyen et à long terme, qu'à titre individuel.

Elle ne peut être suffisante sans une implication forte des autorités, tant pour la légitimité et pour l'autorité politique nécessaire que pour les moyens humains et financiers. Un important travail de " ré-appropriation " des expériences positives est urgent et nécessaire.

#### 2.2.4.2 - La surveillance et le dépistage

De vastes campagnes de dépistages ont été pratiquées en Russie. Elles n'étaient que peu ciblées, peu suivies.

Des doutes sur le respect des principes déontologiques ont été émis. Le résultat d'une sérologie positive est le plus souvent pénalisant et stigmatisant.

Elle ne constitue pas encore un système de surveillance. De nombreux progrès sont attendus. La confidentialité doit être garantie. L'annonce d'un statut séropositif doit être accompagnée et être profitable pour le patient.

#### 2.2.4.3 - Le traitement

Il n'existe pas de tri thérapie en Russie, essentiellement parce que le coût de ces traitements est prohibitif, près de \$ 10 000 par an.

La Russie, en principe pourrait produire de l'AZT, ce médicament ne semble ni prescrit ni d'accès facile.

A St Pétersbourg, pour près de 16 000 patients séropositifs.

Pour 100 tri thérapies mises en œuvre, 50 sont à la charge de patients fortunés, 50 sont prises en charge par la municipalité. Aucun toxicomane ne figure parmi ces patients.

L'attitude de rejet vis à vis des toxicomanes séropositifs prédomine.

Pour la plupart des gens, il est illusoire de vouloir les traiter.

A l'exclusion de la tri thérapie, dans certains rares établissements et certains sites associatifs, une prise en charge est proposée. En dehors des antibiotiques, son aspect palliatif et compassionnel prévaut. La psychothérapie, les groupes de soutien, prennent dans ce contexte tout leur sens et leur importance. Si le pronostic vital est peu modifié, l'image, l'estime de soi est préservée, le respect des droits des malades sont mieux respectés (Association " Le Bord " de Kaliningrad).

**La Russie connaît une épidémie double et fulgurante.** Dans un contexte économique et social fortement dégradé, l'impact et la propagation de cette double épidémie sont très amplifiés.

La Russie est confrontée depuis 1996 à une situation analogue à celle qu'a connue la France au milieu des années 80. Les contraintes sont plus fortes, les moyens de répondre bien plus drastiquement limités.

**De façon très claire et vérifiable, il s'agit d'une explosion qui sera grave pour la Russie et dangereuse pour l'Europe occidentale.**

**L'expérience accumulée en France, dans le domaine de la réduction des risques, de la prise en charge des toxicomanes et des patients séropositifs, doit être transmise en Russie et en Europe orientale.** La réaction doit être et plus rapide et plus ciblée, dans un environnement peu favorable.

Kaliningrad par exemple, a connu cette épidémie avec près de trois années d'avance sur le reste de la Russie. Avec des moyens locaux bien coordonnés et un soutien international mesuré, une réelle coopération entre institutions, associations et patients est en cours de réalisation. Rien n'est ni facile ni acquis mais de substantiels progrès ont été réalisés. Ceci justifie la poursuite de cette action et doit rendre raisonnablement optimiste si la coopération française peut se poursuivre dans ce domaine.

L'action portée par la représentation française en Russie a été judicieuse et précoce. Elle est de ce point de vue valorisante et très appréciée.



## TROISIEME PARTIE APPROCHE PAR SITE

### 3.1 - DE L'INTERET D'UNE ASSISTANCE TECHNIQUE ET D'UNE ACTION DE COOPERATION

Affaiblie, la Fédération de Russie dispose encore de moyens non négligeables. Sa situation n'est pas comparable aux pays en voie de développement. A ce titre, **la coopération n'a pas vocation à la substitution**. Elle doit permettre à la Russie de développer ses propres stratégies et ses propres ressources pour maîtriser une épidémie qui menace une partie de son existence même.

Les entretiens réalisés avec les responsables administratifs vont effectivement dans ce sens. La demande est de développer des modèles de prise en charge qui pourront, par l'exemple, permettre aux autorités de faire des choix rapides et opportuns. Étant donné la complexité de la prise en charge de ces patients, il faut que les actions développées investissent les différents segments de la réponse possible. Ces dernières années ce fut le cas sur les différents sites.

Cela tient en grande partie à la qualité des liens établis entre le conseiller d'Ambassade et les milieux associatifs, professionnels et institutionnels russes.

### 3.2 - LA MILDT, LE MAE, ET LES CHOIX FRANÇAIS, PRESENTATION RAPIDE DES STRUCTURES FINANCEES

Pour son plan triennal en 1999, la MILDT notait que les actions de coopération concernaient essentiellement la réduction de l'offre. Seulement 4 % des crédits étaient consacrés à la réduction de la demande en 1998 et les priorités géographiques étaient peu lisibles. Ce pourcentage a été porté à 10 % en 1999.

Un des objectifs du plan triennal était donc de "redéfinir les priorités géographiques en fonction des flux de trafic, de privilégier la coopération avec l'Asie centrale et du Sud-ouest, la Russie et l'Ukraine. Même si les actions concernant la réduction de l'offre doivent rester prioritaires, les actions de réduction de la demande et surtout de réduction des risques doivent être développées, en particulier dans les pays les plus proches de nous, où l'état de santé des toxicomanes est particulièrement préoccupant: Russie, Ukraine.

Le budget "action extérieure de la France" a été porté à 15,42 MF en 1999, soit 2,35 millions d'euros.

Ce budget est délégué au Ministère des Affaires Étrangères pour mise en œuvre.

#### 3.2.1 - PRESENTATION SIMPLIFIEE DES CREDITS MOBILISES

En 1999, les financements "prévention, soins, toxicomanie" affectés à la Russie ont essentiellement concerné la formation et des centres de réhabilitation. Un budget de 1M de francs, 152 450 euros, a permis de soutenir :

- 150 000 FF, 22 867 euros pour une action de Médecin du Monde
- 260 000 FF, 39 636 euros, pour l'association "Le Retour", avec le soutien de l'association ACER (Paris), permettant l'acquisition d'un équipement typographique et des travaux dans leur centre de réhabilitation
- 200 000 FF, 30 490 euros, pour une campagne d'information du "Fond russe Imena"
- 390 000 FF, 59 455 euros, pour une action sur Kaliningrad et la mise en place d'un diagnostic institutionnel et économique.

Ces différents projets n'ont pas donné lieu à évaluation.

En 2000, en sus de 68 000 FF, 10 366 euros, délégués au Ministère de l'Intérieur, 1M de francs, 152 450 euros, sont délégués au Ministère des affaires étrangères, pour la prévention et le traitement de la toxicomanie. En accord avec le "poste", différentes

actions sont soutenues, avec une ouverture et une diversification clairement perceptible.

- 150 000 FF, 22 867 euros, pour le projet de Pskov
- 200 000 FF, 30 490 euros, pour la Carélie
- 200 000 FF, 30 490 euros, pour le projet d'Astrakhan et Elista
- 200 000 FF, 30 490 euros, pour le projet de Krasnodar
- 250 000 FF, 38 112 euros, pour le projet de Samara.

Les associations porteuses sont soit françaises, Médecins du Monde France, EVEO, soit russes, Médecins du Monde Russie, NAN.

En 2001, sur décision du Premier Ministre, le financement des actions en direction de la Russie est doublé.

- 1 977 750 FF, 301 506 euros, sont attribués (DCT/HSA) pour une durée de 2 ans, à Médecins du Monde pour 4 volets : Bus réduction des risques pour les usagers de drogues, appui pour les prostituées, formation, réseau "Médecins Initiative Nouvelle".

- 400 000 FF, 60 976 euros, sont attribués (DCT/IDT) pour :

- NAN Samara, 130 000 FF, 19 818 euros,
- NAN Krasnodar 130 000 FF, 19 818 euros,
- MDM Elista Astrakhan, 140 000 FF, 21 342 euros,
- Kaliningrad 54 000 FF, 8 232 euros.

Enfin, 75 000 FF, 11 433 euros, sont délégués au Ministère de l'Intérieur.

### **3.3 - DESCRIPTION DES SITES VISITES AU COURS DE LA MISSION**

L'ensemble des structures financées en 2001 ont déjà réalisé des rapports d'activité intermédiaire, en intégrant les différents financements, leurs sources, leurs objectifs. Ces rapports nous ont été présentés.

#### **3.3.1 - SAMARA ET KRASNODAR : PREVENTION AUPRES DES ENFANTS DES RUES AVANT LA PRISE DE TOXIQUES, ASSOCIATION " NAN "**

##### **NAN - non à l'alcoolisme et à la toxicomanie, Président : M. Zykov**

NAN est une association et une fédération qui regroupe ou agréé 62 structures régionales, s'occupant en priorité des enfants et de justice pour les enfants, et ce depuis début 1987. Son budget global est de l'ordre de 2 millions de dollars pour un nombre d'actions, de traitement et de prises en charge très important. Elle entretient des relations privilégiées avec les autorités à tous les niveaux de l'administration. Elle est issue du milieu professionnel médical et a des exigences éthiques très fortes.

A partir de cette préoccupation pour les enfants et pour les questions légales, NAN s'est logiquement intéressé aux enfants à risques, à la prévention des toxicomanies: comment prendre contact le plus rapidement possible avec les enfants en danger. Elle a développé une action de prévention primaire, auprès d'enfants des rues non encore usagers.

La coopération française lui permet de développer des programmes originaux, ciblés. Parallèlement l'objectif est de pouvoir influencer durablement les autorités locales et chercher des ressources et des moyens locaux. Le travail de modélisation, de retour d'expérience, de diffusion des actions, est prédominant.

Samara et Krasnodar sont deux grandes villes, présentant des conditions politiques et sociales très différentes, sur lesquelles se sont portés les financements français. Les projets ont débuté en août 2000.

Samara est une ville de la Russie orientale, sur la Volga, elle a la réputation de disposer d'une administration " progressiste ". C'est une ville pilote, avec la France en "starter". Le projet de contact précoce avec les enfants, dans le cadre d'une prévention toxicomanie, suivi par un programme de réhabilitation, recueille l'assentiment des autorités et de la population. Des volontaires, des fonctionnaires entrent dans le projet et la police est satisfaite puisqu'il y a moins de problèmes de délinquance.

Sept personnes pourront ensuite être salariées sur le projet à partir de financements locaux.

Des séminaires de travail, de formation, sont organisés avec des professionnels, des bénévoles, mais aussi avec des enfants. La signature d'une convention avec le Collège d'État permet la délivrance d'un diplôme aux élèves ayant suivi les cours.

Krasnodar est une ville présentant un environnement politique plus difficile. Elle se situe au sud de la Russie. Le contexte administratif y est différent, moins facilitant. L'évolution du projet devrait se faire vers la région voisine de Stavropol, proche de la Tchétchénie. Un travail avec les jeunes a été entrepris, comprenant la création du "Club du Jeune Sauveur" par exemple. Il existait aussi un programme antérieur qui a été repris par NAN. Une évolution semble nécessaire avec un déplacement géographique des investissements vers Sotchi, ville balnéaire, et surtout Stavropol, ville voisine du Caucase, plus susceptible de développer une action construite, avec moins de résistances. Ainsi, à partir d'une idée initiale semblable se met en place un travail de prévention et de réduction des risques, dans un environnement très différent, plutôt que de "tourner en rond", l'association s'est proposée de trouver un site plus actif. Travailler avec les enfants de rues nécessite effectivement un apprentissage. Par ailleurs, il existe quelques différences réglementaires entre les régions qui impliquent des adaptations de structures et de méthodes.

L'association NAN nous a par ailleurs présenté à Moscou, un centre de réhabilitation, nommé "La Guérison". Toute l'équipe s'est formée selon les préceptes de Jeff Bird, alcoologue américain, en suivant sa technique. Il est venu à Moscou pour accompagner la mise en place du programme.

### **3.3.2 - PROJETS DEVELOPPES PAR MEDECINS DU MONDE**

Le coordinateur général de Médecins du Monde à St Pétersbourg est M. Alexandre Tsekanovitch.

Ces actions s'appuient sur Médecins du Monde France.

Médecins du Monde Russie, créée en 1996, et "Médecins Nouvelle Initiative" association russe récente, sont susceptibles de prendre le relais de Médecins du Monde France, de même que l'association " Humanitaire Russie ".

Le travail commence en 1995, avec la mise en œuvre d'un projet pour la prise en charge des enfants des rues.

Le programme de réduction des risques, échanges de seringue, est mis en place avec l'association russe "Le Retour" à partir de 1997.

Il comprend ainsi :

#### **3.3.2.1- Le bus "Réduction des risques, de prévention de l'infection à VIH dans le milieu des toxico dépendants" de St Pétersbourg**

Cette action donne lieu à un rapport quantitatif précis. Le véhicule organisé et équipé de façon particulièrement ergonomique, tourne 6 jours par semaine, il assure chaque jour 2 stationnements dans des districts différents de la ville.

Après avoir établi un contact soutenu avec le groupe cible, les services proposés sont l'échange de seringues et autre matériel, la distribution de brochures d'information, la "prévention/information/counselling" sur les hépatites B et C, le VIH, la syphilis, des consultations pré et post-dépistage, le dépistage, et enfin des consultations médicales et psychologiques.

Nous avons pu constater la réalisation de l'ensemble de ces activités, avec un rythme soutenu. Cette action a pu se maintenir malgré des problèmes techniques liés au bus, des modifications de l'environnement, agressivité, rejet de la part du voisinage et des changements brutaux dans la quantité et qualité de drogues disponibles.

Une nette amélioration est apparue depuis la signature d'une circulaire municipale autorisant les actions sanitaires en faveur des toxicomanes.

Il existe un projet d'amélioration de l'accueil et du soutien avec un groupe d'"auto support "constitué d'anciens toxicomanes séropositifs. Ceux-ci sont formés et

étroitement associés à l'équipe d'intervention. La création d'une ligne téléphonique de type " info-service " complète ce dispositif.

Une étude a pu être réalisée sur les prélèvements réalisés au bus, 1200 patients ont été testés dont 60 % d'hommes, les 20-24 ans représentent 1/3, 21,1 % du total sont séropositifs pour le VIH, 5,4 % positifs pour la syphilis, 79 % pour l'hépatite C et seulement 12,7 % n'ont aucun marqueur d'infection virale positif.

Un travail de formation et d'information de la milice a été mis en place avec des interventions à l'École Supérieure de la milice, et la rédaction d'une brochure sur les risques, réalisée à partir des interrogations exprimées par les agents eux-même.

### **3.3.2.2 - Le projet "aide médico-sociale aux prostituées"**

C'est un nouveau projet en réalisation depuis début 2001.

Suite à une réflexion spécifique concernant cette population, ses besoins, les moyens de la rencontrer, le type de professionnels à recruter, l'équipe de Médecins du Monde a développé une méthodologie et des outils :

- établissement d'un contact stable avec le groupe cible,
- relations de partenariat et formation réciproque avec les professionnels de santé et les dispensaires de vénéréologie de la ville,
- organisation d'un dépistage pilote, et enfin information/prévention des prostituées.

Une antenne mobile dans un mini bus se positionne plusieurs fois par semaine dans les secteurs concernés par la prostitution et assure la distribution de préservatifs, de seringues, de fiches, de dépliants d'informations.

Les premiers éléments de dépistage pratiqués auprès de ces jeunes femmes, montrent que 20 % d'entre elles sont séropositives pour le VIH, et 41 % pour la syphilis.

L'antenne a commencé son activité en décembre 2001. L'importance de la toxicomanie et le jeune âge, 18-24 ans, des personnes rencontrées sont des faits marquants.

### **3.3.2.3 - Le projet "Centre de prévention périphérique"**

A Pouchkine, petite ville de la banlieue de St Pétersbourg, une antenne mobile est installée un jour par semaine avec, en complément, un travail de proximité et de suivi effectué par les travailleurs sociaux du quartier. Les besoins recensés portent sur du matériel stérile, des brochures d'information, mais aussi sur des consultations médicales, en particulier dermatologiques et infectieuses, pour de nombreux problèmes cutanés, liés aux injections ou dermatoses.

Ces deux extensions de programme, si elle sont utiles, fragiliseraient, par leur précocité, l'existence même de l'association.

Le soutien de la France représente près de 100 % du budget de cette association. Ceci crée un état de dépendance peu propice au transfert de cette action sous une responsabilité et des moyens russes ou au moins diversifiés. Pourtant la pérennité de l'action initiale paraît la première urgence. Médecins du Monde-France a clairement fait connaître son désengagement prochain et rapide.

### **3.3 2.4 - Elista et Astrakhan**

Elista est la capitale de la Kalmoukie, à l'ouest de la mer Caspienne sur les bords de la Volga du sud, région de steppes.

Astrakhan est une grande ville du sud-est à l'embouchure de la Volga, proche de la Caspienne.

Ces projets ont été pensés comme la continuation du projet de réduction des risques financé par l'Open Society Institut et MSF Hollande. Une complémentarité et des cofinancements existent pour ce projet comme la participation d'Interactive Drug Hilfe de Francfort.

Il existe dans ces villes un risque particulier lié à une grande irrégularité dans l'approvisionnement en opiacés, ce qui conduit à des alternances fortes

manque/overdoses, le projet était conçu comme une action de prévention des overdoses.

Des enquêtes auprès des usagers ont mis en évidence des besoins spécifiques :

- le sevrage: quels médicaments et comment les obtenir ?
- l'inadaptation de la "narcologie" officielle avec pourtant une réelle volonté de coopérer
- le risque d'overdoses.

A Astrakhan, il existe une méthodologie précise, elle comprend une étude des attentes des professionnels depuis septembre 2000, une grille d'analyse des besoins pour les usagers et la mise en place de formations adaptées.

La "toxicologie officielle" dans ces villes et surtout en milieu rural reste, pour l'essentiel, répressive et inefficace selon les remarques des intervenants. Les services sont gratuits, mais sans médicaments, sans suivi. Les toxicomanes s'en éloignent, vont vers les grandes villes. Pendant les périodes d'abstinence, ils utilisent des benzodiazépines sans contrôle.

La France finance une partie de ces programmes :

- une plaquette d'information. Le logo MDM ainsi qu'une photo de seringue sont présents sur la première page,
- des formations diverses voire des séminaires de travail, en particulier pour les premiers secours, à l'attention des usagers eux-mêmes, des médecins, des travailleurs sociaux, et des miliciens.

De même, une brochure d'information pour les usagers et les médecins, porte sur l'utilisation de la Naloxone en cas d'overdose.

Un changement des comportements et de perception des professionnels et des usagers, a déjà été observé.

Des échanges entre les villes voisines avec formation commune sont organisés.

Par ailleurs, un budget médicament a été obtenu grâce au financement français ; le Tramadol ou la Naloxone permettent une sédation des douleurs, de réelles possibilités de sevrage et des solutions pour les situations d'urgences.

Il y en a encore peu de séropositifs à Elista, davantage à Astrakhan.

A Elista le dispensaire de la ville est partie prenante de ces projets ; il assure l'accueil, l'orientation et les soins aux usagers selon de nouvelles méthodes.

Le centre d'échange de seringues est situé dans le dispensaire républicain de prise en charge du sida, et comporte 4 personnes salariées, le financement est assuré par un autre partenaire.

Médecins du Monde assure la gestion pour l'attribution du budget, garantit la méthode et transmet localement l'intégralité des subventions.

Le site d'Astrakhan propose, de fait, une forme de substitution par l'association Tramadol + neuroleptique, dans le cadre d'un programme clair, avec une organisation précise et une évaluation quantitative et qualitative. Ce programme pourrait être utilisé, dans de bonnes conditions, dans d'autres sites.

Ce travail est fait en coopération avec des médecins hospitaliers locaux et en liens avec certaines autorités régionales et municipales.

### **3.3.3 - ASSOCIATION "LE RETOUR" SAINT PETERSBOURG**

Son responsable, Dimitri Ostrovski est un acteur majeur à St Pétersbourg. Il a été partie prenante des toutes premières actions de réduction des risques et du premier bus. Son professionnalisme est reconnu et il est formateur ou partenaire pour plusieurs autres structures, dont celle du Dr Dreizin de Kaliningrad. Son équipe est elle-même bien formée et motivée pour ce travail.

La France a financé, il y a 2 ans, une partie du programme et assure encore à coût réduit, les frais de fonctionnement du centre de réhabilitation "Le Ruisseau du Moulin". La capacité de recrutement est de 20 places, ce qui est peu en regard de l'épidémie russe

Sa personnalité est parfois contestée, mais M. Ostrovski est passionné par son travail et très rigoureux pour obtenir la meilleure utilisation possible des subventions accordées. L'ensemble du dispositif est complété d'un grand bus d'échange de seringues visitant différents sites de la ville ; cette action semble presque arrêtée, au profit de l'ouverture d'un site fixe. Celui-ci dispose de psychologues et de travailleurs sociaux ; il devrait permettre de suivre des usagers dépendants désirant intégrer un processus thérapeutique.

Enfin un dernier volet propose de travailler avec les équipes de "narcologie" des dispensaires officiels de la ville de St Pétersbourg. La stratégie évoquée est celle du "Cheval de Troie".

### **3.3.4 - PROJET DU CENTRE DE REHABILITATION "KAMEN" A PSKOV**

Pskov est une ville moyenne de l'Ouest de la Russie, à la frontière de l'Estonie, des liens amicaux et la relative proximité de St Pétersbourg expliquent la coopération avec Médecins du Monde. Pskov est l'un des tous premiers sites financés par la fondation Soros pour un programme de réduction des risques et d'échange de seringues.

M P. Fedor, ancien usager, a participé à ce projet dès l'origine. Pour répondre à un besoin local, il a été amené à ouvrir un centre d'hébergement et de réhabilitation. La capacité est également réduite à une douzaine de patients.

150 000 FF, 22 867 euros, ont été attribués de façon forfaitaire sur 3 ans. Une partie a permis d'effectuer des aménagements architecturaux. Une autre partie a financé l'action effectuée par un "Centre des Initiatives de Jeunesse" TUHE pour la réalisation d'un film, l'organisation d'un camp de réhabilitation d'été, une "hot-line", l'édition de périodiques d'information sur les substances psycho-actives et enfin la création d'un service psychologique. Malgré des moyens très réduits, l'ensemble apparaît comme cohérent.

### **3.3.5 - PROJET DE L'ENCLAVE ET DE LA VILLE DE KALININGRAD**

Cette enclave d'un million d'habitants, dont 500 000 à Kaliningrad même est située entre la Lituanie et la Pologne. Elle était réputée pour un environnement économique longtemps difficile, mais dispose d'un dynamisme local marqué.

37 % des personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté et le chômage atteint 13,8 % de la population active.

De 1990 à 1999, le nombre des décès a augmenté de 9,3 à 14,2 pour 1000 habitants. Début 2 000, 4 000 tuberculoses ont été enregistrées dont 20 % sont des enfants. Cette région était devenue une "capitale" du sida et de la toxicomanie pour la Russie.

On compte près de 4 000 séropositifs, près de 70 000 usagers de drogues. Or ces chiffres se stabilisent actuellement en matière de toxicomanie, alors que l'augmentation des infections transmises par relation sexuelle se poursuit. L'épidémie, en partie "maîtrisée" en ville, s'est déplacée dans les villages de l'enclave.

Dès 1996, la mairie et des associations se sont engagées dans un combat, avec pour coordinateur, le "narcologue principal" de la ville, le Dr Dreizin. Peut-être y a-t-il moins de résistance des autorités car la région est plus occidentale.

Une très forte synergie s'est créée avec les autorités locales de la ville à la suite de voyages d'étude effectués en France. Cette action a été organisée par l'association "Émergence" de Montreuil (93).

Des journaux associatifs, une émission de télévision, expliquant l'accès aux soins et aux droits, servent de lien. Ces actions sont soutenues par différents financements et se poursuivent malgré des résistances encore bien visibles.

Ainsi, la stabilisation des nouvelles infections chez les toxicomanes s'explique par l'échange de seringues mis en place dans un lieu fixe et dans une unité mobile. Le travail dans les écoles a pu être réalisé de façon efficace. L'information directe auprès des populations à risques, de la population générale, et des élus a été systématiquement investie par l'intermédiaire de la presse et de la télévision.

Ont ainsi déjà été réalisés des actions publicitaires sur les tramways, un travail avec les pairs, une crèche pour les enfants de mère séropositive, une consultation ouverte pour femmes séropositives voulant un enfant, une "hot-line". Il faut souligner l'importance des liens personnels tissés par le Dr Dreizin et l'engagement de certains politiques et professionnels qui en ont résulté. La milice et les journalistes ont été des pièces premières dans cette stratégie.

La France a été partenaire de ces dernières actions, par l'intermédiaire de professionnels de santé et de l'Université de Grenoble pour la formation, l'apport de seringues au travers d'un partenariat industriel, le soutien accompagnement des familles.

Le Dr Dreizin a ouvert une structure de crise pour les enfants de rue. A partir de 8 ans, ceux ci sont amenés, souvent par la milice, pour problème de toxicomanie et de prostitution, explicitement marquée sur les procès verbaux avec la mention "met sa vie en danger". Ce centre de crise ne devrait garder ces enfants officiellement que 7 heures ; en réalité, étant donnée l'absence de structure d'aval, il s'agit d'un hébergement prolongé. Le travail avec la milice et les tribunaux s'est organisé, confiant et performant.

Une maison de réhabilitation pour enfants et adolescents des rues a également été ouverte. Elle héberge, traite et assure la scolarisation et la formation d'une vingtaine de jeunes pensionnaires.

D'autres : Projet aides / fonds Imena. Président : R. Doudnik, "soutien et information pour les usagers de drogues, les ex-usagers de drogues, et les jeunes en situation de vulnérabilité face aux drogues". Pas d'information complémentaire, mais il n'est plus financé en 2001.

Kaliningrad et St Pétersbourg montrent que des actions de lobbying sont très efficaces. Ce d'autant qu'elles peuvent se prévaloir d'exemples concrets sur site.

## **QUATRIEME PARTIE**

### **ANALYSE ET REFLEXIONS GENERALES**

Les actions subventionnées ont été toutes mises en œuvre, voire complètement réalisées, elles sont cohérentes avec les orientations du plan triennal de la MILDT. Les choix géographiques et les priorités, sont tout à fait adaptés.

La répartition intègre :

- une action ciblée prioritaire à St Pétersbourg, s'appuyant sur une situation locale favorable, environnement politique, urgence médicale reconnue, et sur des associations fortes, crédibles,
- et d'autre part sur plusieurs actions et associations ciblées, russes.

La poursuite de ces actions ne relève plus de l'humanitaire mais bien d'une action directe auprès des toxicomanes et des institutions en charge des politiques publiques. Elle fait appel à l'expérimentation de nouveaux outils, l'élaboration de modèle, elle se renforce de formations, d'échanges professionnels.

#### **4.1 - CES ACTIONS SONT PEDAGOGIQUES**

Les programmes proposés montrent qu'agir est possible, qu'une autre approche est nécessaire. La réduction des risques est une des stratégies envisageables, bien à l'opposée de toute incitation.

Les personnes responsables des programmes ont un double souci permanent :

- d'une part un service rendu aux usagers et à leur entourage,
- d'autre part un travail d'explication auprès des autorités administratives pour leur permettre de prendre des décisions pertinentes dans ce domaine.

Le travail du Docteur Dreizin à Kaliningrad, les projets de St Pétersbourg et ceux de l'association NAN montrent la finesse de cette approche de type "lobbying".

Le volet formation est très largement investi dans tous les programmes.

#### **4.2 - CES ACTIONS SONT EFFICACES**

Des décisions administratives issues de ces expériences, ont été prises effectivement à Samara, St Pétersbourg et Kaliningrad dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie.

Ainsi, l'hôpital Botkine à St Pétersbourg diffuse une "culture" de la réduction des risques auprès de ces contacts, élus et responsables administratifs de la ville.

Les associations ont une influence, en profondeur, elles participent à la modification des comportements, à l'éducation. Les programmes d'échanges de seringues ont changé la vision des soignants, la situation est vécue autrement, il y a davantage d'éducation et d'orientation, plus de respect des patients et de sérénité des soignants. Les patients concernés ont moins peur du système de soins, donc l'accès y est plus facile.

A Samara, et Kaliningrad des effets sur la transmission du VIH et sur la délinquance sont perceptibles.

Si l'approche de type humanitaire et ponctuelle pouvait seule être possible en 1995, l'ampleur du phénomène nécessite maintenant une action de type politique publique et une coopération internationale de haut niveau en terme de moyens et d'engagement.

#### **4.3 - PLUSIEURS QUESTIONS RESTENT EN SUSPENS**

Information et données épidémiologiques. A l'issue de la longue culture passée du silence, et du fait du risque de rupture du secret lié à l'enregistrement, la connaissance épidémiologique des toxicomanes et des personnes infectées par le



VIH est mauvaise. Une enquête en population générale se heurterait au questionnement concernant l'utilisation de l'information et à des exigences liées aux respects des droits de l'Homme. Or sans données chiffrées fiables, la mise en place de programmes adaptés est difficile à proposer, à fortiori à évaluer. La coopération avec les systèmes de surveillance français pourrait se développer sur un plan professionnel. Le Bus de St Pétersbourg garanti anonymat et confidentialité, on y constate un accès libre des usagers.

A l'évidence, le respect des impératifs déontologiques par les soignants devrait primer sur les exigences de police, cette rupture effective et crédible serait la meilleure des solutions, mais du temps est nécessaire pour sa mise en œuvre et l'urgence de la situation n'autorise pas ce temps.

#### **4.3.1 - PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE**

Aujourd'hui s'occuper de toxicomane en Russie consisterait au mieux à rencontrer la personne atteinte, la persuader d'aller voir un médecin, effectuer une cure de 2 à 4 semaines en hôpital, prendre en compte l'état de manque grâce à une assistance médicale, orienter ensuite vers une réhabilitation de 6 à 18 mois. Ce parcours "idéal" n'est de loin pas la règle encore et l'on sait de plus que 95 % des patients rechutent après le sevrage. Toutes les méthodes thérapeutiques ne se valent pas, certaines sont dangereuses, l'attrait pour les méthodes coercitives témoigne de cette possible dérive.

Nous retrouvons des constats faits en Europe de l'Ouest et c'est bien sur des critères d'efficacité que doit se construire une nouvelle politique. Les nouveaux outils de la toxicomanie doivent être expliqués mais les interventions financées par la France doivent permettre d'en démontrer l'efficacité et la pertinence.

#### **4.3.2 - LA VILLE DE ST PETERSBOURG**

Elle a de nombreuses spécificités, par exemple la publication d'un texte municipal autorisant de fait la réduction des risques. Par ailleurs, trois programmes s'y juxtaposent : ceux de Médecins du Monde, du "Retour" et le projet "St Pétersbourg-Malmö" avec un financement suédois.

Ces programmes, tous élaborés initialement à partir d'un bus, d'une antenne mobile, sont efficaces, attirent et prennent en charge de nombreuses personnes, mais sans aucun soutien de l'État.

Les équipes suédoises ont mis en place un centre fixe pour la réduction des risques, l'hôpital 10, mais le site est isolé, l'offre de soins n'est pas régulière, le financement insuffisant.

L'association "le Retour" s'est repositionné davantage sur les centres fixes, l'accueil des jeunes et la réhabilitation.

Les équipes de Médecins du Monde sont fiables et stables, leur action est centrée sur la réduction des risques et l'échange de seringues.

Les comparaisons entre ces structures sont difficiles puisqu'elles n'ont pas toutes les mêmes priorités. Toutefois pour ce qui concerne l'échange de seringues, des coûts/efficacité respectifs des programmes peuvent être faites. Le Centre de Surveillance du Sida fait cette comparaison de façon minimale, en fonction de containers de seringues récupérées le projet suédois dispose de \$ 50 000, (56 805 euros), pour 2 containers mensuels, Médecins du Monde de \$ 130 000, (147 693 euros), pour 10 containers.

En sachant que la ville de St Pétersbourg compte près de 70 000 toxicomanes pour 5 millions d'habitants, le nombre de bus et de points fixes pour la réduction des risques pourrait y être bien plus important.

Il n'y pas de double emploi, ni de compétition entre ces différents programmes. Ils présentent différentes facettes d'une même approche coordonnée et complexe.

#### **4.3.3 - FINANCEMENTS DES STRUCTURES ET DES ACTIONS EN RUSSIE**

Des choix difficiles se posent entre le financement de plusieurs structures ou la concentration sur l'une seule d'entre elles, entre partenaires français ou russes, associatifs ou institutionnels. Il paraît préférable de soutenir des actions de type prestations, plutôt que des structures en tant que telles. Le partenaire choisi doit être fiable pour ce qui concerne le respect du cahier des charges, l'engagement nécessaire est souvent pluriannuel, peu compatible avec les règles de financements publics. La pérennisation des programmes est un objectif préalable indispensable, les structures doivent, dès le début, s'y engager. Cette pérennité suppose des sources de financements diversifiées, un engagement minimum de la part des autorités russes sur le plan local et national.

En ce sens, les choix MILDT / MAE / Ambassade en Russie répondent à la plupart de ces contraintes et exigences.

## CINQUIEME PARTIE CONCLUSION ET PROPOSITIONS

### 5.1 - CONCLUSIONS

Le budget "prévention et soins toxicomanie" affecté à la Russie est restreint par rapport aux besoins constatés, les choix faits et l'utilisation des financements sont adaptés et répondent, de façon optimale, aux engagements et au souci d'efficacité des autorités françaises.

Ces choix relèvent effectivement d'une stratégie générale cohérente avec les orientations du plan triennal.

La répartition des budgets sur le territoire de la fédération de Russie est particulièrement pertinente et ce, grâce à l'implication du poste qui a montré une connaissance forte des projets en présence.

La mission retrouve, de façon claire, les structures financées, les crédits affectés et les actions menées en regard.

L'avis général des institutions loco-régionales ou nationales, vis-à-vis de l'engagement français, est favorable.

De même, les associations financées cette année ou les années précédentes, nous ont témoigné de la qualité des liens établis à l'occasion du financement, et de l'effet positif sur leur action voire leur existence.

Pour les années à venir, la pérennisation et la diffusion des actions, en tant que modèles sont les principaux défis. L'engagement de l'État russe est fondamental. Il doit être recherché. Le développement d'actions russo-russes doit être encouragé. Les actions, comme cela a été le cas, doivent répondre à des besoins locaux. Le soutien français est à maintenir sur les sites stratégiques déjà choisis en accentuant le travail sur ces points.

Nous citerons, pour illustrer cette question, une réflexion d'un responsable du Ministère de la Santé : "Médecins du Monde a le programme le plus conforme, constant, régulier, il offre une diversité des endroits de stationnement, attire les autres usagers, il offre un travail "stéréotypé", par une équipe sûre et formée".

Selon les interlocuteurs de la mission au ministère de la Santé, l'intérêt de la Russie à une coopération internationale, est d'autant plus grand qu'elle n'a pas assez d'expérience dans certains secteurs. Une réelle compétence existe en France et en Europe occidentale, elle doit être expliquée, comprise, mise en œuvre d'abord au niveau régional. Il s'agit donc d'établir des modèles qui fonctionnent et ensuite de les diffuser à l'aide de formations.

La demande concerne dans un premier temps, le travail de rue, le renforcement de la motivation des malades, la réhabilitation, la législation et l'échange de seringues. La Méthadone et la Buprénorphine sont exclues pour l'instant du champ de la réglementation.

#### **Les actions financées depuis 1999 sont donc pertinentes et efficaces.**

Localement, elles sont cohérentes avec l'infrastructure, l'environnement politique et social. La cohérence est moins bonne lorsqu'on se situe au niveau régional ou national.

Elles ont un impact réel dans les secteurs et pour les populations couvertes.

Leur pérennité est globalement assurée sauf pour les actions de Médecins du Monde qui doivent évoluer et avancer sur ce point.

La présence française, a un effet évident de réduction des risques, d'information et de prévention, sur des centaines de jeunes. Il s'agit bien de la mise en fonctionnement pratique d'un modèle potentiellement diffusable en dehors de tout dogmatisme, action "boule de neige". C'est aussi et surtout le symbole de la gravité de la situation. Il s'agit davantage d'une aide technique que de l'humanitaire au sens strict.

## **5.2 - PROPOSITIONS GENERALES**

### **5.2.1 - MAINTIEN ET AMPLIFICATION DE LA COOPERATION FRANÇAISE**

Nous proposons donc le maintien de la subvention globale. L'assistance de la France assistance a été clairvoyante, elle a su anticiper les évolutions, elle apparaît judicieuse et adaptée. Elle doit être au moins maintenue en volume et un certain nombre d'ajustements peuvent, à l'avenir, permettre d'en accroître l'impact.

#### **5.2.1.1 - Garantir l'efficacité et la diffusion des programmes / Répondre à des besoins / Poursuivre l'évaluation et la visibilité du soutien et des actions**

- Le suivi des structures, l'aide au développement ou au cofinancement doivent être maintenus. Le travail portera de façon large sur l'évaluation des besoins loco-régionaux, les lieux de vente et d'injections, les produits en cause, la connaissance quantitative des usagers ou des personnes infectées.
- Le réseau local (professionnels, associations, hôpitaux, outils spécialisés classiques de type CSST-centre de soins et de sevrage des toxicomanies, unité sida) doit être identifié.
- L'action elle-même doit donner lieu à un rapport précis : budget, composition, décision d'installation, promoteur, sélection du lieu, fonctionnement, les éléments d'évaluation quantitative, qualitative : quelle modification des comportements, fidélisation des usagers, quelle mobilisation des pairs, quelle réaction de l'environnement, politique. Organisation d'un colloque international policier, social.

#### **5.2.1.2 - Organisation d'un colloque international sur la réduction des risques.**

- Plusieurs demandes nous ont été transmises pour l'organisation d'un Colloque International à Moscou, pour travailler sur l'urgence de la situation et aider à déterminer les actions les plus utiles dans le contexte russe. Cette demande paraît en tout point correspondre à l'esprit et à la lettre de l'engagement français dans ce pays.
- En dehors de la Méthadone et de la Buprénorphine, pour lesquelles le cadre légal pose actuellement un interdit, il serait important de réfléchir aux conditions d'utilisation d'autres thérapeutiques ou d'autres techniques, pour le sevrage, l'accompagnement... Quelle place pour les neuroleptiques, le Tramadol, le Dextropropoxyphène, l'Ibuprofène, le Catapressan® ?

Ceci pourrait être l'un des axes de la conférence à promouvoir.

## **5.3 - PROPOSITIONS DIVERSES**

- Au cours de notre visite, un infirmier s'est blessé avec une aiguille souillée. La mise en place d'un "protocole AES-accident d'exposition au sang" tel qu'il existe en France a été impossible. Le nettoyage a été réalisé dans la neige, il n'y avait pas d'eau courante, et une solution de type Chlorhexidine achetée un peu plus tard dans une pharmacie de quartier a permis une désinfection. Il n'existe pas de trithérapie disponible, sauf exception. L'apport d'un traitement d'urgence pour les professionnels pourrait être une action simple et importante.
- De même, le circuit de destruction des aiguilles doit être revu. En effet, l'acquisition et la récupération des containers sont relativement mal organisées et sont coûteuses.

- Mise en place d'une coopération à financement mixte, entre le Ministère de la Santé russe et l'O.F.D.T. - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Cet organisme possède une expérience forte en matière d'analyse des drogues et des comportements d'addictions. En effet, si l'action est urgente, la mise en évidence des bénéfices ne sera réalisable qu'avec la comparaison de données fiables. Indépendamment des données épidémiologiques habituelles dans ce champ et la connaissance des produits en circulation, certaines études spécifiques devraient être effectuées telle que la différence de mode épidémique entre St Pétersbourg et Moscou, par exemple.

Enfin, et ce point est d'importance, il nous paraît indispensable de réaliser une coordination entre les différents financements. Nous avons vu qu'une fondation américaine et d'autres pays européens intervenaient en Russie. L'Union Européenne pourrait coordonner ses efforts.

Une meilleure connaissance de ces financements, leur origine, leur montant, le secteur d'intervention, permettrait à chacun des autres partenaires de se positionner de façon harmonieuse.

