



Toronto

Ouverture

publié dans Action 104

Du 12 au 18 août, une dizaine de militantEs d'Act Up-Paris étaient présentEs à la conférence mondiale sur le sida qui cette année se tenait à Toronto au Canada. Le dossier de ce numéro est consacré à ce que nous y avons appris et ce qui nous a occupé.

Du rififi dans la prévention

La question des nouvelles techniques de prévention a été l'une des thématiques récurrentes de la conférence Toronto. De quoi parle-t-on quand on parle de nouvelles techniques de prévention et pour quoi faire ? Toronto l'a montré, le dernier chic dans les conférences internationales de lutte contre le sida est aujourd'hui de parler des PREP's et autres nouvelles techniques de prévention : microbicides, spermicides, traitements prophylactiques pré-exposition (PREPs), diaphragmes, ou circoncision ont fait l'objet de nombreuses sessions et ces nouveaux mots étaient sur toutes les lèvres. Pour autant l'affaire n'est pas tout à fait nouvelle. Depuis plusieurs années la recherche s'intéresse à des approches qui puissent permettre de limiter l'augmentation dramatique des contaminations au niveau planétaire. Dès la cérémonie d'ouverture de la conférence, les deux Bill en guest stars (Clinton et Gate) avaient donné le ton en plaçant ces sujets à l'ordre du jour. Mais la polémique soulevée par Act Up-Paris et les travailleurSEs du sexe sur la sécurité et l'information des personnes incluses dans les essais de prophylaxie chimique au cours de la précédente conférence de Bangkok explique aussi la place de premier plan prise par ces questions au cours de cette conférence mondiale. L'explosive situation du sida dans le monde exige impérieusement des moyens qui nous permettent de renforcer notre capacité à réduire le flot des nouvelles contaminations. De nouvelles approches, dites épidémiologiques parce qu'elles s'intéressent à la réduction de la transmission du virus à l'échelle d'une population et non pas du point de vue seulement individuel, explorent ainsi de nouvelles pistes en matière de prévention. La meilleure connaissance des mécanismes qui concourent à la diffusion de l'épidémie de sida permet d'identifier un ensemble de facteurs sur lesquels travailler pour diminuer le nombre de nouveaux cas.

Une transmission multifactorielle du virus du sida

L'ampleur de la transmission du virus du sida dans une population est co-factorielle. Elle a d'abord, et principalement, une dimension comportementale.

Au niveau individuel, il s'agit du fait de prendre ou de ne pas prendre de risques. Du point de vue épidémiologique, le nombre de cas de transmission du VIH dépend aussi de la fréquence des rapports sexuels, de l'âge d'entrée dans la sexualité, du nombre de partenaires, de l'usage du et des rapports sociaux de sexe dans une population. La transmission du virus du sida varie également en fonction du degré de connaissance du statut sérologique.

80 % des personnes séropositives dans le monde ignorent leur séropositivité, or plusieurs études ont montré que ces personnes sont plus promptes à prendre des risques que les personnes qui se savent contaminées.

Enfin, la transmission du VIH dépend aussi de critères biologiques individuels. Certaines personnes sont plus susceptibles d'être infectées par le VIH que d'autres, et statistiquement le risque de transmission du virus est d'autant plus élevé que la charge virale est élevée. Ainsi, la réduction du niveau de charge virale global dans une population pourrait permettre une diminution du nombre de contaminations.

La dynamique de l'épidémie constitue elle aussi un facteur aggravant la transmission, puisqu'une personne en séroconversion (qui vient d'être contaminée) et qui ignore le plus souvent son statut sérologique a plus de risques de transmettre le virus.

D'autres facteurs viennent s'ajouter à cette liste comme la présence d'Infection sexuellement transmissibles (IST) concomitantes (herpès, gonococcies, syphilis, etc.) ou même le paludisme qui augmentent le risque de transmission.

Ces divers éléments fournissent aujourd'hui autant de pistes alternatives qui peuvent être explorées comme des stratégies complémentaires aux approches comportementales actuellement employées.

La mise en cause des méthodes de prévention classique

Jusqu'à présent la prévention reposait essentiellement autour de la promotion du préservatif, le développement de politiques de réduction des risques (RdR) pour l'usage de drogues et l'utilisation de traitements dans le cadre de transmission mère-enfant.

Depuis plusieurs années on assiste à une mise en cause de ces approches. L'efficacité des politiques fondées sur la promotion du préservatif est en partie mise en échec par des difficultés rencontrées par certaines femmes pour imposer la capote aux hommes et par les problèmes rencontrés par certains gays pour maintenir une utilisation constante du préservatif dans la durée. S'appuyant souvent de manière opportuniste sur cette critique du préservatif ainsi que des études méthodologiquement fausses sur la fiabilité du préservatif, les américainEs et les mouvements religieux ont promu des approches ABC (Abstinence, Be faithful, Condom) fondées sur l'abstinence et la fidélité.

Toutefois, cette mise en cause de l'efficacité des méthodes de prévention classique repose sur des non-dits. Comment peut-on prétendre que le préservatif est inefficace alors que seulement 21 % des personnes y ont accès dans le monde. L'effort en matière de prévention au niveau mondial est scandaleusement insuffisant : 0,2 % des adultes ont accès au dépistage, 4 % des usagèrEs de drogues ont accès à la réduction des risques, 11 % des homosexuels ont accès à un programme de changement comportemental et 16 % des femmes ont accès à des programmes de prévention.

Parallèlement, dans de nombreux pays, la mise en place de programmes ABC a conduit à des ruptures de stock de préservatifs problématiques et cette approche fondée sur une morale religieuse stigmatise les populations sur lesquelles devraient être concentrés tous les efforts.

sida is techno !

La malhonnêteté de certains discours sur les limites de la prévention classique ne doit pas empêcher de s'intéresser aux nouvelles approches développées dans une perspective de santé publique. D'ici quelques années, les recherches actuelles pourraient mettre à notre disposition plusieurs nouveaux outils pour renforcer notre capacité à lutter efficacement contre l'épidémie. On peut difficilement envisager que la vaccination puisse présenter une solution efficace avant de nombreuses années, et l'objectif d'un accès universel aux traitements pouvant impacter le niveau des contaminations est loin d'être atteint.

Pour autant, les travaux présentés à Toronto annonçaient des pistes prometteuses en ce qui concerne la circoncision, les microbicides, l'usage des diaphragmes et des Prep's qui pourraient contribuer à la lutte contre la diffusion de l'épidémie.

Les microbicides

Depuis de nombreuses années, le plaidoyer en faveur de la recherche sur les microbicides est très actif. Les microbicides sont des gels pouvant être appliqués directement au niveau du vagin ou du rectum qui ont pour objectif réduire le risque d'infection à VIH. Plusieurs éléments de preuves sur l'efficacité de certains produits existent chez l'animal et certaines substances font déjà l'objet d'essai de phase II et III chez l'Homme qui permettent d'espérer la mise au point de microbicides présentant une certaine efficacité d'ici plusieurs années. Ces produits agissent selon différents mécanismes. Certains en créant une barrière physique à la pénétration du virus dans les muqueuses, d'autres visent à détruire le virus avant même qu'il pénètre les tissus, certains enfin exploitent l'activité d'agents antiviraux pour empêcher l'infection au niveau local.

De nombreux produits sont à l'étude et les chercheurSEs travaillent parallèlement sur le mode d'administration pour en favoriser l'utilisation. Rares cependant sont les produits qui peuvent déboucher sur des essais à grande échelle. Se pose aussi la question de leur efficacité, les résultats escomptés sont très éloignés de la fiabilité issue d'une utilisation constante avec ou sans préservatif) mais l'intérêt des microbicides consiste surtout dans le fait que les femmes avec ces produits peuvent plus facilement être maîtresse de leur prévention. Les recherches sur les microbicides à usage anal sont très peu développées.

Les barrières cervicales (diaphragmes)

Plusieurs recherches s'intéressent à l'intérêt des barrières cervicales dans la réduction du risque. Il s'agit d'un mode de contraception féminin efficace, sans danger qui a déjà fait ses preuves. On s'est aperçu que la zone du col de l'utérus était une des portes d'entrée principale du virus lors d'un rapport vaginal. En recouvrant cette partie de l'anatomie féminine, les capes cervicales pourraient permettre de réduire la probabilité d'infection par le VIH mais sans l'éliminer complètement.

Les PrEPs

Les Prophylaxies pré-exposition consistent à utiliser le pouvoir antirétroviral de certains médicaments habituellement employés dans le traitement du VIH pour tenter de prévenir une éventuelle infection par le virus du sida. Le principe est en partie comparable à celui de la prophylaxie post-exposition où l'on emploie une trithérapie hautement active après un risque d'exposition au virus du sida afin de diminuer le risque de contamination.

Toutefois il n'est pas envisageable d'utiliser une trithérapie continue chez des personnes qui ne sont pas malades. Les PrEPs impliquent une prise de médicament quotidienne et nécessitent donc la recherche de produits présentant un bon profil d'innocuité.

Ces médicaments qui sont absorbés par voie orale doivent aussi se trouver en quantité suffisante au niveau génital ou anal.

Une réduction de la probabilité de transmission a été mise en évidence chez les singes, toutefois les études réalisées chez l'Homme avec le ténofovir seul ne permettent pas pour le moment de mettre en évidence une réelle diminution de la transmission du virus du sida. Les nouvelles études qui vont être lancées envisagent aujourd'hui l'usage de deux médicaments pour obtenir une réponse plus efficace.

La circoncision masculine

Si l'on connaît encore relativement mal les mécanismes de pénétration du virus du sida dans le corps humain, on s'est aperçu que la circoncision pouvait limiter en partie le risque d'infection par le VIH.

L'année dernière, l'ANRS présentait la première étude scientifiquement contrôlée sur l'effet de la circoncision sur le risque de transmission du virus du sida. D'autres études devront confirmer ces résultats. Plusieurs présentations au cours de la conférence de Toronto revenaient sur cette question. Il semble que l'épaississement de la peau du gland chez l'homme circoncis la rende moins perméable au VIH. Par ailleurs, le prépuce supprimé par la circoncision est riche en cellules qui possèdent de nombreux récepteurs pour le VIH.

Reste que la circoncision n'est pas une technique facile à mettre en œuvre à grande échelle et peut poser des problèmes d'acceptation au niveau culturel et religieux. Sa pratique artisanale et la période de cicatrisation peuvent parfois être aussi des vecteurs de contamination.

Surtout, dans plusieurs pays où la majorité des hommes sont circoncis, le taux de prévalence n'en demeure pas moins très élevé. Il suffit de considérer le niveau élevé des contaminations chez les gays américains pour s'apercevoir que la circoncision ne pourra à elle seule résoudre la question de la transmission du virus du sida.

Prévenir les IST

Plusieurs études ont montré que le risque d'infection par le VIH pouvait varier en fonction de la présence d'une IST. Il semble par exemple que la présence d'une syphilis chez l'unE ou l'autre des partenaires augmente le risque de transmission par le virus du sida. De même l'herpès parce qu'il est associé à une charge virale VIH plus élevée peut avoir un impact sur le risque de transmission du virus du sida.

L'idée est donc de traiter les personnes contre l'herpès pour réduire l'incidence du VIH. De manière générale, la prévention des IST est directement liée à la lutte contre la diffusion de l'épidémie.

Une recherche pleine d'écueils

La recherche sur les nouvelles approches de prévention présente des enjeux importants en ce qui concerne l'information et la sécurité des personnes incluses dans la recherche. Il n'existe pas de marqueurs biologiques de protection clairement établis. En pratique, la plupart des études consistent à comparer le nombre de contaminations intervenues dans deux groupes.

Or ces contaminations sont aussi fonction de la bonne utilisation des nouveaux outils et d'une bonne compréhension de leur efficacité. La plupart de ces études sont actuellement menées dans des populations présentant une forte vulnérabilité au VIH/sida pour faciliter la modélisation statistique (prostituées ou toxicomanes qui sont souvent stigmatisés).

Dans ces recherches, il est paradoxalement plus intéressant pour unE investigateur/trice qu'il y ait beaucoup de contaminations que peu. La première génération d'essais de prophylaxie pré-exposition ne comportait pas

toujours de conseils de prévention, pas de volet comportemental de qualité, ni aucune garantie en ce qui concerne l'accès à un traitement en cas d'éventuelle contamination au cours de l'étude.

C'est la raison pour laquelle Act Up-Paris avec d'autres organisations issues des communautés dans lesquelles ces essais sont menés ont critiqué ceux qui devaient être améliorés. La résolution des enjeux éthiques posés par ce type de recherche n'est pas un frein à l'exploration de nouvelles approches. Au contraire, il s'agit d'un préalable nécessaire qui permet de gagner du temps en élaborant aujourd'hui des recherches qui concilient à la fois la sécurité des personnes incluses et leur information avec une réelle réflexion sur l'usage des nouveaux outils de prévention. En effet, qu'il s'agisse du préservatif ou d'autre chose, l'efficacité technique ne suffit pas. Réfléchir à la nouvelle donne introduite par ces approches c'est donc déjà répondre au principal défi qu'elles présentent et qui doit définir le type de recherches menées.

Les nouvelles approches de prévention : pour quoi faire ?

Aujourd'hui des préoccupations différentes se fédèrent autour de la volonté de mener un certain type de recherche. Toutefois cette volonté repose très largement sur une croyance, un leurre qui consiste à laisser croire qu'il pourrait y avoir une panacée préventive et qu'elle serait à portée de main. Il nous semble que pour être en mesure d'envisager de manière pratique comment se préparer à l'arrivée de ces nouveaux outils, il est nécessaire d'arriver à déconstruire cette croyance et dire ce qu'elle peut signifier pour chacunE.

Ces nouvelles approches sont envisagées, au Nord et au Sud, par les expertEs et les associations, de façons divergentes. Dans les pays en développement, l'idée des professionnelLEs de santé publique est de réduire l'incidence de l'épidémie. On peut à raison se demander si ce n'est pas vouloir éteindre un incendie avec un seau d'eau. Au Nord et dans les associations, il est plutôt question de résoudre des problématiques spécifiques dans la gestion individuelle de la prévention. Trouver une solution aux inégalités dans la négociation de la prévention, réduire les prises de risque dans les couples sérodifférents ou faire face à la recrudescence des pratiques à risque chez les homosexuels. Ces nouvelles approches de prévention pourront-elles comme certainEs l'espèrent nous permettre de nous passer de préservatif ?

Avec plus de 4 millions de nouvelles contaminations par an, la capote restera encore longtemps à l'ordre du jour car aucune de ces approches ne permet d'envisager d'atteindre un niveau d'efficacité comparable à celui du préservatif lorsqu'il est convenablement utilisé. On évoque une possible réduction du risque qui irait de 30 à 60 %, au mieux 80 %. Si cette diminution de la transmission peut présenter un véritable intérêt dans une logique de santé publique, elle est seulement statistique et reste particulièrement insuffisante du point de vue individuel.

Aussi, les mécanismes de transmission du VIH étant multi-factoriels, agir isolément sur ces facteurs ne suffit pas pour obtenir des résultats. Si l'on souhaite un jour voir ces approches déboucher sur une alternative réelle au préservatif, il faudra les considérer de manière coordonnée pour accroître leur niveau d'efficacité.

La question soulevée par l'introduction de ces nouvelles approches de prévention consiste plutôt à savoir comment articuler une démarche de santé publique et une démarche de prévention fondée sur l'individu.

Malheureusement les préoccupations actuelles relèvent avant tout du plaidoyer pour la recherche. Les discussions passent sous silence les véritables enjeux liés à l'introduction de ces nouvelles stratégies en matière de prévention.

En conséquence, la recherche se contente souvent de déterminer la réduction du nombre de contaminations alors qu'il faudrait dès à présent s'interroger sur l'usage que l'on souhaite faire de ces nouveaux outils. Quelle est l'efficacité requise pour que ces nouvelles approches préventives puissent présenter un quelconque intérêt. A quel taux de prévalence dans une population doit-on envisager leur utilisation ? Car ces questions ne sont pas sans conséquences sur l'éthique ou sur la validité de la recherche si l'on souhaite s'assurer que les personnes incluses dans les essais soient réellement susceptibles de bénéficier de ses résultats.

L'utilisation de ces nouveaux outils peut aussi avoir des répercussions comportementales importantes. On dit souvent que les microbicides présentent l'avantage de rendre les femmes maîtres de leur prévention, mais au contraire, l'existence de ces nouvelles techniques peut aussi les rendre plus vulnérables face aux hommes pour imposer le préservatif. Les PrEP's ou les microbicides et les diaphragmes posent comme le préservatif des questions d'acceptabilité et de constance d'utilisation. Tous ces éléments doivent être envisagées si l'on souhaite que ces nouveaux outils nous offrent un mieux plutôt qu'un moins en matière de prévention du sida. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire que les recherches incluent un volet comportemental développé et que dès à présent l'ensemble des questions liées à l'articulation entre les approches épidémiologiques et les approches individuelles de prévention soient réellement adressées.

L'excitation vis-à-vis de ces nouveaux outils ne doit pas non plus nous faire perdre de vue que nous avons à notre immédiate disposition des outils puissants pour réduire l'épidémie et qui ont déjà démontré leur efficacité réelle. Or ces moyens ne sont simplement pas même mis en œuvre.

Qu'est-ce qui peut justifier qu'en 2006 encore 80 % des personnes dans le monde n'aient même pas seulement accès au préservatif ? 10 % des contaminations mondiales ont lieu par transmission de la mère à l'enfant alors qu'on sait les éviter. 10 % des contaminations se font par usage de drogue par voie intraveineuse alors que les

approches de réduction des risques ont montré leur efficacité. L'essentiel de la population mondiale ne bénéficie pas de programmes de prévention et les discriminations de genre ou liées à l'orientation sexuelle sont souvent cautionnées par les états ou la religion.

La résolution de ces questions passe par des mesures politiques ambitieuses sans lesquelles quels que soient les outils mis en œuvre nous ne parviendrons pas à vaincre cette épidémie. Tirer tout le bénéfice possible de ces nouvelles approches de prévention implique donc de ne pas perdre de vue un agenda politique simple qui consiste à se donner les moyens de mettre en œuvre les solutions disponibles au niveau mondial. C'est un leurre de faire croire que des solutions techniques régleront les problèmes politiques posés par l'épidémie de sida.

L'internationale HSH

Confrontés à une épidémie galopante chez les gays dans l'ensemble du monde, une pré conférence sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et le VIH débouche sur la création d'un forum global pour les droits des gays.

Les persécutions, torture et meurtres, et les politiques criminelles qui discriminent les homosexuelLES dans de nombreux pays du monde sont directement responsables de la propagation de l'épidémie de sida dans cette population. Face à cette situation, un symposium portant sur le VIH et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) a été organisé dans le cadre de la conférence de Toronto sous le titre : Advancing a Global Agenda for Gay Men and Other Men who have Sex with Men. Financé par l'Onusida, Alliance et les pouvoirs publics canadiens et organisé par de nombreuses associations comme Action Sero-Zero, ACT l'ICASO, et GNP+, l'événement a réuni près de 300 personnes du monde entier avec la volonté de mettre sur pied un agenda global pour lutter contre cet état de fait.

La première journée de cette rencontre était consacrée à des présentations générales sur la situation des gays face au sida. Rien qu'on ne savait déjà : triste constat d'une épidémie galopante chez les gays à travers le monde et multiples discriminations dont ils sont victimes dans de nombreux pays. Le nombre de pédés séropositifs augmente dans la plupart des pays occidentaux et le sida continue d'interroger notre rapport les uns aux autres et notre capacité à nous organiser pour faire face. Encore aujourd'hui, dans plusieurs régions du monde et notamment dans la plupart des pays en développement, le contexte politique qui criminalise et stigmatise les relations homosexuelles constitue le principal frein pour le financement de programmes de prévention et de soins spécialement adressés aux HSH et ne permet souvent pas d'obtenir des données fiables sur la réalité de l'épidémie dans la population gay ou bisexuelle et trans.

Un rapport présenté à la conférence de Toronto par TREAT Asia indique par exemple que dans certains pays la prévalence (le nombre de personnes contaminées dans une population) excède 25 % dans cette population. D'autres études menées en Amérique Latine ou dans les Caraïbes suggèrent quant à elle des taux de prévalence situés entre 10 % et 20 %. Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les trans' restent dans le monde entier les populations où la séroprévalence est la plus élevée.

Certaines villes se battent pour les Jeux olympiques, d'autres accueillent les Conférences mondiales de lutte contre le sida. Au cours de cette rencontre, le Mexique a particulièrement été mis à l'honneur car Mexico doit accueillir la prochaine Conférence mondiale de lutte contre le sida. La situation de ce pays est particulièrement intéressante car c'est l'un des rares pays d'Amérique latine pour lequel on dispose d'indications relativement fiables sur des contaminations par voie homosexuelle. Comme dans de nombreux pays, on ne dispose pas de ces données car la question n'est même pas adressée lors du recueil épidémiologique ou plus simplement parce que les rapports homosexuels y sont stigmatisés ou interdits. Le directeur de la lutte contre le sida mexicain est gay, il plaide pour qu'une session plénière soit consacrée à la question des MSM lors de la prochaine conférence mondiale de lutte contre le sida.

Vingt-cinq ans après le début de l'épidémie, la lutte contre le sida reste aussi instamment liée aux droits des minorités, les femmes, les usagèrEs de drogues, les gays, les trans', etc. et cette question doit toujours figurer en haut de l'agenda de la lutte contre le sida. Il est intolérable que l'accès à la prévention dans le monde soit aussi insuffisant. Le silence et l'invisibilité sont un cocktail fatal qui conduit toutes les minorités à être disproportionnellement touchées par l'épidémie à travers le monde. Comme avec la répression de la toxicomanie et le refus de mettre en place des programmes d'échange de seringues et de substitution, on ne peut accepter que l'on continue de reproduire partout les mêmes erreurs criminelles depuis le début de l'épidémie et plus particulièrement envers les gays.

Cette situation internationale ne dédouane pas les gays occidentaux de leur incapacité actuelle à faire face une épidémie devenue endémique. C'est presque un paradoxe : comment prétendre vouloir aider les pays en

développement sur le terrain des droits et de la lutte contre le sida quand nous ne sommes même plus capables de nous respecter entre nous, d'affronter la question du stigma ou du rapport entre les séropos et les séronegs. Lors de la session de clôture, le directeur exécutif de l'Onusida, Peter Piot a assuré le soutien de son organisation dans la mise en place d'un agenda global pour lutter contre le sida chez les gays qui comprend la lutte pour l'égalité des droits. Il faut espérer que l'Onusida sera plus efficace qu'elle ne l'a été jusqu'à présent sur la promesse d'un accès universel aux traitements. La déclaration finale présentée à l'issue de la rencontre propose la création d'un forum global qui devrait permettre de rassembler les gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes du Nord et du Sud pour coordonner une réponse globale face à l'épidémie de sida chez les gays, les bi et les trans'. Ce forum global devrait soutenir les efforts individuels et des organisations de toutes les régions du monde par la mise sur pied d'une solidarité internationale pour mobiliser les ressources existantes et faire pression sur les gouvernements et les personnalités publiques internationales afin d'augmenter les financements pour la lutte contre le sida en direction des homos et pour défendre leurs droits.

Le laboratoire invisible

publié en ligne : novembre 2006 dans Action 104

Il y a quelques mois, le laboratoire Abbott a présenté au TRT-5 la nouvelle formulation du Kalétra®. Nous avons essayé d'obtenir des informations concernant une modification de la formulation du Norvir®, mais n'avons pas eu de réponses. Depuis avec d'autres activistes nous considérons ce dossier comme une priorité.

Récemment dans une autre réunion à Paris, entre Abbott et des représentantEs associatifVEs françaisES et européenNEs pour présenter encore une fois la nouvelle formulation du Kalétra®, les mêmes interrogations furent posées par les activistes, Abbott a alors répondu que cela prendrait au moins 2 à 3 ans pour le développer et qu'il y avait beaucoup de difficultés à résoudre.

A Toronto, Abbott a laissé le message aux activistes qu'un essai était annoncé sur la nouvelle formulation du Norvir® avant la fin de cette année mais il y a deux ans et demi alors que nous étions en négociation avec eux sur l'augmentation du prix du Norvir® aux USA, la promesse avait été faite par le laboratoire de travailler sur une nouvelle formulation du Norvir®, c'était même une justification de l'augmentation du prix.

Cette version sèche du Norvir® n'est pas seulement valable pour le Kalétra® mais aussi pour toutes les autres molécules qui doivent être prises avec une faible dose de Norvir® (prescrit dans ce cas comme booster) et selon les recommandations des expertEs. Afin de faire de ce traitement essentiel une option valable en 1ère et 2ème ligne de traitement et plus largement disponible au Nord comme au Sud, nous avons besoin d'un composé utilisable pour des personnes qui ne peuvent conservé leur traitement au frigo, c'est-à-dire la grande majorité des séropositifVEs. C'est pourquoi nous exigeons du laboratoire un agenda raisonnable du développement d'une nouvelle version du Norvir®.

Mais Abbott abuse de sa position dominante : ils ont une sorte de contrôle de toutes les antiprotéases qui nécessite une dose de Norvir® comme booster. Le développement du Kalétra® nouvelle version est une première réponse marketing. Nous avons besoin d'une réponse sérieuse afin de donner aux malades le plus large choix possible de traitements adaptables à touTEs.

Nous avons besoin de façon, urgente d'une nouvelle formulation du Norvir® pour parachever une réelle égalité des soins de tous les séropositifVEs dans le monde.

DART compte les mortEs !

Depuis de long mois des activistes OugandaisEs cherchent à faire entendre leurs griefs vis-à-vis de l'essai DART (Development of AntiRetroviral Therapy in Africa). Act Up-Paris a choisi avec eux/elles de relayer leurs préoccupations au cours de la présentation des résultats préliminaires de l'essai DART à la Conférence internationale de Toronto.

Mené en Ouganda et au Zimbabwe, l'essai DART est un essai randomisé qui compare le suivi avec des analyses en laboratoire et le seul suivi clinique (par le/la médecin) pour la prise en charge de malades adultes sous traitements antirétroviraux dans le contexte africain. L'essai qui a enrôlé 3 314 malades, envisageait aussi, pour une partie des personnes incluses, des interruptions stratégiques de traitement (STI) afin de déterminer si elles pouvaient réduire les toxicités sans diminuer l'efficacité des traitements.

La multiplicité des objectifs de cet essai, sa mauvaise conception, l'absence de véritable consentement éclairé et le manque de garanties quant à la continuité du traitement antirétroviral en cas de sortie de l'essai soulèvent de graves questions quant à la sécurité des personnes incluses et leur consentement tout au long de l'étude.

Erreur! Signet non défini.

Au cours des late breakers de la conférence de Toronto, les militantEs ont déroulé une grande banderole « Shame » devant l'un des investigateurRICEs de l'essai DART qui présentait les résultats du bras avec traitement intermittent. D'autres militantEs portaient des pancartes indiquant : « DART = unethical trial ». Cette action était silencieuse car nous ne souhaitons pas prendre la parole à la place des personnes incluses dans l'essai (celles avec qui nous avons travaillé n'ayant pas pu être présentes) et aussi pour se conformer aux règles de sécurité drastiques de la conférence - et son service d'ordre musclé - qui interdisait toute interruption de séance.

Il n'est évidemment pas question ici de réclamer l'arrêt de cet essai qui semble tenter de répondre à des questions importantes sur l'accès aux traitements dans les pays du Sud. Il s'agit avant tout d'améliorer les conditions dans lesquelles se déroule cet essai du point de vue de la sécurité des personnes incluses et de leur consentement à y participer. Il ne s'agit pas ici de la défense d'un universalisme éthique abstrait mais de veiller à ce que les conditions locales ne soient pas prises comme prétextes pour faire l'impasse sur le respect des droits des personnes qui participent à la recherche.

Depuis plus d'un an les activistes locaux essayent sans succès de faire entendre leurs préoccupations concernant l'essai DART. Ne pas être en mesure de répondre à ces questions c'est se rendre doublement coupable : coupable envers les personnes vivant avec le VIH/sida qui se soumettent à la recherche ; coupable encore envers la recherche elle-même.

Au cours de l'action, plus de 200 tracts qui reprenaient les critiques soulevées par les communautés vis-à-vis de cet essai ont été distribués. Ce texte pointait plusieurs problèmes :

Sur l'ensemble de l'essai :

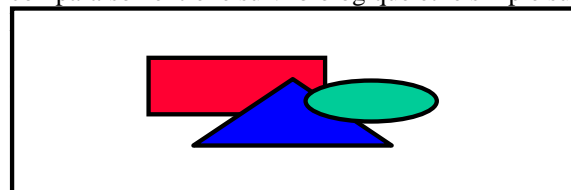
Erreur! Signet non défini.L'information des participantEs potentiELes au sujet des risques de santé présentés par l'essai est insuffisante et passe sous silence les risques d'émergence de résistances en cas de traitement sub-optimal ou l'éventuelle apparition de toxicités qui ne seraient pas identifiées sans les marqueurs biologiques ;

Erreur! Signet non défini.Les investigateurs/trices de DART ont choisi de conduire leur étude sur un traitement sans monitoring biologique dans des centres où ce monitoring est actuellement disponible, privant ainsi certaines personnes incluses des standards de soins auxquels d'autres ont accès. Si des tests sanguins sont effectués, les résultats ne sont communiqués aux médecins traitant qu'en cas d'incident de stade 4, c'est-à-dire à un stade trop avancé de la maladie.

Erreur! Signet non défini.Les participantEs qui voudraient sortir de l'essai de leur propre chef du fait de la dégradation de leur état de santé sont excluEs de l'offre mentionnée dans le formulaire de consentement de bénéficier des garanties d'accéder à un traitement optimal pour cinq ans.

Pour le bras de traitement intermittent :

Les investigateurs/trices de DART ont choisi d'étudier les interruptions de traitement en même temps que la comparaison entre le suivi biologique et le simple suivi clinique.



de DART ont choisi d'étudier les interruptions de traitement onale les considérait déjà comme potentiellement ité sévèrement dégradée ;

Erreur! Signet non défini. De ce fait, exposer les participantEs à des interruptions de traitement sans monitoring biologique est d'autant plus risqué ;

Erreur! Signet non défini. Ce n'est que deux ans après le lancement de l'essai que les investigateurs/trices de DART ont fermé le bras avec interruption de traitement (en mars dernier).

Les données déjà disponibles à propos de cet essai montrent une augmentation de 2,6 du risque de progression dans la maladie pour le bras avec interruption de traitement. Par ailleurs, dans l'ensemble de l'essai, un nombre très important de décès est déjà à déplorer. Il y a par ailleurs de nombreuxSES perduEs de vue dans l'étude qui n'ont pas été compris dans la présentation de Toronto contrairement aux règles communément admises par la communauté scientifique.

Nos revendications :

Act Up-Paris a repris les revendications suivantes portées localement par de nombreuxSES activistes locauxLES.

Erreur! Signet non défini. Les participantEs du bras avec interruption de traitement dont l'état clinique s'est dégradé doivent s'ils et elles le souhaitent pouvoir immédiatement intégrer le bras comportant un suivi biologique et bénéficier d'un traitement optimal.

Erreur! Signet non défini. Lorsque des personnes voient leur état clinique se dégrader excessivement, il doit être possible à leur médecin d'accéder à l'ensemble des résultats biologiques recueillis. Autrement dit, un DSMB doit pouvoir, par l'analyse rapprochée des résultats biologiques individuels (en temps réel), décider de lever l'aveugle selon des critères définis à l'avance sans attendre une dégradation dangereuse de l'état clinique telle que prévue dans le protocole (stade 4 de l'OMS). Idéalement, une chute importante des CD4 ou une remontée de la charge virale inquiétante devraient constituer des alertes suffisantes pour que les médecins soit aviséEs.

Erreur! Signet non défini. Dans les conditions actuelles, les participantEs qui choisissent de quitter l'essai de leur propre chef doivent pouvoir bénéficier du même standard de soin que ceux et celles qui restent dans l'essai afin que ce critère ne constitue pas une forme de pression incitant à ne pas quitter l'essai.

Erreur! Signet non défini. Il convient aujourd'hui que les investigateurs/trices présentent des résultats intermédiaires de l'ensemble de l'étude qui fassent figurer les perduEs de vue, que des représentantEs des personnes incluses soient directement associées au Comité de l'essai et que des rencontres régulières entre les personnes incluses et les investigateurs/trices aient lieu.

Lancement d'UNITAID par Jacques Chirac : une initiative très visible mais peu lisible

Jacques Chirac a aujourd'hui beaucoup insisté sur la solidité d'UNITAID. Il a notamment déclaré durant la conférence de presse de lancement qu'UNITAID « est un financement innovant spécifique reposant sur des contributions prévisibles ». Act Up-Paris rappelle que la Grande Bretagne vient d'annoncer que sa contribution à UNITAID ne passerait pas par un nouveau mécanisme et ne serait pas donc pas davantage prévisible. C'est une des nombreuses limites de l'initiative que nous détaillons ici pour exiger davantage de sérieux et de transparence.

Garde-fous

L'objectif principal donné à UNITAID consiste à faire baisser les prix des articles médicaux permettant de soigner les malades : tests diagnostiques et médicaments. Pour Act Up-Paris, cet objectif répond à un besoin hautement urgent. En effet, les prix des traitements et des tests diagnostiques restent aujourd'hui prohibitifs pour l'essentiel des malades du sida de la planète - les 95% d'entre eux et elles qui vivent dans des pays pauvres. C'est pourquoi Act Up regrette que la France et les autres gouvernements impliqués dans UNITAID ne se donnent pas tous les moyens concrets d'atteindre cet objectif ambitieux.

En effet, il subsiste un risque important que l'argent d'UNITAID soit rapidement détourné, du fait que la France et les autres gouvernements refusent pour l'instant de garantir un haut niveau de transparence d'UNITAID dans l'utilisation des fonds [1]. Depuis avril dernier, les gouvernements d'UNITAID s'obstinent à exclure des documents fondateurs d'UNITAID divers garde-fous demandés par des associations comme Gestos (Brésil), Oxfam (Grande-Bretagne) et Sidaction, dans le but entre autres d'empêcher les détournements que des initiatives de ce genre ont pu connaître.

Des garde-fous sont urgemment nécessaires pour pallier d'autres dangers que les détournements : danger qu'UNITAID serve d'excuse pour couper l'aide que les pays pauvres sont censés recevoir ces prochaines années

[2] ; danger que l'aide offerte par UNITAID perde sa précieuse prévisibilité au nom de la raison diplomatique [3] ; et danger qu'UNITAID serve à financer des actions hautement médiatiques mais faiblement utiles [4]. Act Up-Paris appelle la France et les autres gouvernements impliqués à intégrer urgemment les garde-fous demandés par les associations. Act Up se félicite toutefois de ce que le garde-fou demandé pour garantir la capacité d'UNITAID à faire baisser les prix malgré les monopoles pharmaceutiques a été intégré dans la Constitution d'UNITAID diffusée le 1er septembre (il s'agit du recours aux licences obligatoires lorsqu'un brevet vient à bloquer la baisse des prix).

Cache-misère

Malgré les aspects prometteurs d'UNITAID, cette initiative ne doit pas servir de diversion, et faire oublier que la France a déjà pris d'importants engagements financiers en matière de lutte mondiale contre le sida - engagements qu'elle ne respecte toujours pas, même en comptant UNITAID.

Le 27 juin 2001, à l'ONU, la France et les autres gouvernements du monde avaient pris l'engagement de mobiliser 10 milliards de dollars annuels avant 2005, afin de mettre en œuvre un plan mondial de contrôle de la pandémie du sida. Mais, ces subsides n'ayant pas été versés, l'épidémie a continué de progresser, si bien que, d'après l'ONUSIDA, arrivés en 2007 ce ne sont plus 10 mais 18 milliards qui sont nécessaires pour juguler la pandémie [5]. Malheureusement, la communauté internationale sera encore bien loin de cette somme l'année prochaine : seuls 10 milliards de dollars sont attendus pour 2007, selon l'agence onusienne.

Or, la France a prévu de contribuer en 2007 par la voie budgétaire 250 millions de dollars [6], soit seulement 1,5% des 18 milliards nécessaires. Pourtant, la part de la France dans le PIB des pays riches est 4 fois supérieure à ce chiffre : 6% selon l'OCDE [7]. Et même en ajoutant la taxe sur les billets d'avion (250 millions de dollars en année pleine, selon le ministère des Affaires étrangères), la France va rester loin derrière la Grande-Bretagne, pays équivalent qui contribue pourtant déjà 900 millions de dollars par an à la lutte mondiale contre le sida [8]. Act Up-Paris appelle donc Jacques Chirac à inscrire au budget 2007 de la France une contribution à la lutte mondiale contre le sida qui soit proportionnelle à sa richesse (6% de 18 milliards). Prenant en compte le prochain changement de gouvernement, Act Up-Paris appelle aussi le Parti Socialiste et l'UMP à se prononcer publiquement en faveur d'une contribution 2007 de la France à la lutte mondiale contre le sida qui soit proportionnelle à sa richesse, et au moins égale à celle de la Grande-Bretagne.

Notes

[1] La transparence quant à l'utilisation des fonds est aujourd'hui reconnue comme le moyen le plus efficace de prévenir les malversations. Ainsi, le Fonds mondial a réussi à limiter considérablement les cas de détournements des subsides qu'il verse aux pays en développement, en publiant sur internet non seulement ses propres comptes, mais aussi ceux des institutions nationales qui reçoivent ses subsides et sont chargées de les dépenser localement. C'est ce principe de publication en ligne qu'Act Up, Gestos (Brésil), Oxfam (Grande-Bretagne) et Sidaction demandent au gouvernement français d'appliquer à UNITAID afin d'empêcher les détournements.

[2] Depuis la conférence de Barcelone de mars 2002, la France et la Grande-Bretagne se sont engagées auprès des pays en développement à doubler d'ici 2012-2013 le montant de leur aide publique au développement. Les pays en développement comptent sur ces sommes. Or, il apparaît aujourd'hui que la France et la Grande-Bretagne comptent baisser ces aides d'autant que ce qu'elles mettent dans UNITAID, reprenant ainsi d'une main ce qu'elles donnent de l'autre.

[3] La principale valeur ajoutée d'UNITAID est de disposer de revenus provenant d'une taxe spécifique, et donc prévisibles à long terme. Par contraste, les revenus du Fonds mondial proviennent de contributions budgétaires annuelles qui peuvent s'arrêter n'importe quand, exposant ainsi les pays pauvres à se retrouver sans médicaments du jour au lendemain. UNITAID peut sécuriser ce risque, et ainsi encourager les pays pauvres à universaliser l'accès aux médicaments. Mais la France s'est dite prête à accepter que la Grande-Bretagne contribue à UNITAID de manière budgétaire et instable si cela lui permet d'éviter de se retrouver unique contributeur riche à UNITAID.

[4] Depuis avril 2006 les 5 gouvernements (insistent pour que les femmes enceintes bénéficient prioritairement des médicaments VIH bon marché d'UNITAID, alors que les experts de l'OMS disent clairement que le prix des médicaments n'est pas la raison pour laquelle les femmes enceintes des pays pauvres n'ont pas accès. Les experts expliquent que plusieurs médicaments VIH destinés aux femmes enceintes sont déjà gratuits, mais que les femmes rurales n'y ont pas accès car personne ne veut payer le salaire des médecins et pharmaciens de campagne. Pourtant les gouvernements d'UNITAID ignorent les réserves des experts, et insistent pour subventionner les médicaments destinés aux femmes enceintes. D'après les informations d'Act Up, les gouvernements seraient convaincus que les femmes enceintes sont plus « vendeuses » auprès de l'opinion publique.

[5] Rapport Ressource Needs, ONUSIDA, Août 2005.

[6] D'après le ministère des Affaires étrangères, la contribution budgétaire 2004 à la lutte mondiale contre le sida s'élève à 120 millions d'euros. En 2007, elle augmente par rapport à 2005 de 90 millions d'euros (entièrement à

travers le Fonds mondial, qui recevra aussi, en plus de ces 90 millions d'euros pour le sida, 60 millions d'euros pour le paludisme + la tuberculose). Ainsi, le total 2007 s'élève à 210 millions d'euros, soit 250 millions de dollars.

[7] « Gross Domestic Product, Main Economic Indicators », March 2006, OECD.

[8] « Taking Action - The UK's strategy for tackling HIV and AIDS in the developing world », July 2004, DFID (foreword by Tony Blair).

Toronto

Le classement du Subutex abandonné. Et après ?

publié en ligne : novembre 2006 dans Action 104

Le Ministre de la Santé a décidé de ne pas reclasser le Subutex dans la catégorie des produits stupéfiants. Il a finalement entendu les associations qui avaient fait front contre ce projet et choisi de ne pas suivre la MILDT qui était à l'origine de la proposition. Il s'agit d'une victoire importante et d'un désaveu pour Didier Jayle, président de la MILDT, qui paie ainsi son incapacité à mettre en oeuvre un processus de concertation. Mais il faut maintenant que nous transformions cette « non-défaite » en victoire en réfléchissant à des évolutions possibles des traitements de substitution qui s'appuient réellement sur les besoins des usagerEs.

Il aura finalement fallu attendre la conférence de l'IAS à Toronto pour avoir le fin mot de l'affaire du Subutex.

C'est en effet à cette occasion que le ministre de la Santé a officiellement annoncé qu'il ne le reclasserait pas. Les chargéEs de communication de Xavier Bertrand s'étaient même arrangé pour obtenir un papier dans le Monde à la veille de son arrivée à Toronto, histoire de désamorcer les critiques qui s'annonçaient. C'était un peu tard et les critiques redoutées ne manquèrent pas de s'exprimer puisque le Dr Alex Wodak (médecin australien considéré comme l'un des papes de la réduction des risques au niveau mondial) ne manqua pas de l'égratigner en plénière, alors même que Xavier Bertrand était assis à ses côtés. Passons sur cet épisode, il faut maintenant en tirer quelques leçons et penser à la longue liste de ce qu'il reste à faire en matière de substitution.

Le premier enseignement de cette bataille est que la réduction des risques liés à l'usage de drogues demeure l'un des champs les plus accidentés de la démocratie sanitaire. Un terrain meuble où continuent de s'affronter les préjugés plus que les idées, les considérations morales plus que les rationalités, et sur lequel on voudrait, au mieux, cantonner les usagèrEs au rôle de victimes, au pire à celui de présuméEs coupables. Penser les usagèrEs de drogues comme des acteurs/actrices de leur propre santé commence à être accepté, même si cela reste souvent très théorique ; les impliquer concrètement dans la conduite des politiques publiques frise encore le blasphème. Une fois de plus, depuis son arrivée à la MILDT, Didier Jayle a cru pouvoir nous imposer le fait du prince comme mode de concertation et il semble raisonnable de croire que cette affaire ne sera pas la dernière où des décisions autocratiques menaceront de balayer des années de fragile consensus.

La deuxième leçon, plus encourageante, est que les acteurs/actrices de la réduction des risques et de l'auto-support ont, malgré tout, appris à montrer les dents. Nous tairons ici le nom des multiples associations plutôt sages qui nous ont ouvertement réclamé un zap du président de la MILDT. Le fait est que nous n'aurons finalement pas eu besoin de le faire (tant le personnage est déconsidéré au sein même du gouvernement dont il dépend) mais cette capacité de mobilisation et la pugnacité dont l'ensemble des acteurs/actrices a fait montre est une véritable force pour l'avenir. Un avenir qui commence tout de suite puisque plusieurs chantiers sont ouverts du côté de la substitution.

Le premier chantier est celui de l'amélioration de l'accès à la méthadone. C'était une des principales recommandations de la conférence de consensus de 2004 sur les traitements de substitution et le ministère de la Santé s'est engagé à la suivre. La première solution pour améliorer l'accès à la méthadone, c'est de permettre sa primo-prescription par la médecine de ville. Actuellement, unE usagèrE qui veut initier un tel traitement doit passer par un Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST) ; ce qui dissuade un certain nombre, rétifVEs à emprunter un tel parcours ou simplement dans l'impossibilité de le faire pour d'évidentes raisons d'implantation géographique des CSST. Pour autoriser cette prescription directe par les médecins de ville, l'ANRS a été chargée de mener une étude, dont malheureusement les objectifs et les critères sont assez flous, pour ne pas dire étranges. Nous ne comprenons pas, en effet, la pertinence de comparer les pratiques à risques en termes de partage de matériel et d'incidence du VHC entre un groupe d'usagèrEs qui accéderait à la méthadone par unE médecin de ville et un autre groupe y accédant par un CSST. La seule question que tout le monde se pose est la suivante : y aura-t-il ou non plus de surdoses chez les usagèrEs qui ne seraient pas passÉs par un

CSST ? Question à laquelle l'étude ne pourra que très difficilement répondre puisqu'elle ne concernera que 400 usagèrEs, alors que le nombre de surdoses mortelles de méthadone (au cours des dernières années) varie de 9 à 25 décès/an pour environ 15 000 personnes traitées, soit entre 0,06 et 0,16 %.

Deux nouveaux produits sont susceptibles de venir compléter assez vite le dispositif : la méthadone forme sèche (gélules au lieu de sirop) et le Suboxone dit Subutex « in-shootable ». Le premier est très attendu par les usagèrEs de la méthadone puisque les gélules allégeraient au quotidien le stockage et le transport de leur traitement, mais aussi parce que l'on craint que l'absorption quotidienne d'un sirop soit susceptible de poser des problèmes à long terme (diabète, etc.). Un avantage supplémentaire de cette forme sèche est d'être adaptée à la vie des usagèrEs les plus marginaliséEs (et notamment aux usagèrEs sans domicile) qui sont dans l'incapacité de stocker les flacons de méthadone sirop. Ces usagèrEs marginaliséEs, qui sont souvent les premièreEs à injecter le Subutex ou à le « booster » avec d'autres consommations, pourraient ainsi passer à la méthadone qui donne de bien meilleurs résultats du fait de ses effets antidépresseurs et ne conduit qu'à de bien moindres mésusages. Le problème est que la méthadone sèche est susceptible d'être injectée contrairement à la forme sirop, que la méthadone est un vrai « toxique » et peut donner lieu à des surdoses mortelles (ce qui n'est pas le cas du Subutex) et enfin qu'il est plus facile de revendre au marché noir des gélules que des flacons de sirop. A l'heure actuelle, il est donc envisagé qu'elle ne soit délivrée qu'à des usagèrEs traitéEs à la méthadone depuis au moins un an. Ce qui exclut de fait les usagèrEs de drogue qui ne seraient pas passés par une « période d'essai » avec le sirop, et donc les usagèrEs marginaliséEs... Nous devons donc tenter de réduire cette période pour faciliter l'accès à la méthadone des usagèrEs qui ne peuvent que très difficilement passer par la forme sirop tout en étant évidemment très attentifVEs à la manière de procéder, afin de ne pas exposer les usagèrEs à de nouveaux dangers.

Le Suboxone, quant à lui, peut avoir un intérêt pour un certain nombre d'usagèrEs qui se sentiraient prêts à arrêter l'injection et que ce produit pourrait aider, mais il pose aussi un grand nombre de problèmes non résolus qui imposent donc une grande vigilance. En effet, ce produit qui contient de la naloxone (la molécule utilisée pour traiter les overdoses) a pour effet de générer un syndrome de sevrage (une crise de manque) lorsqu'il est injecté au lieu d'être laissé sous la langue. Cet effet a pour objectif de dissuader l'usagèrE et on est en droit d'imaginer que cela puisse être efficace dans un certain nombre de cas, mais il reste à prendre toutes les précautions nécessaires pour ne pas avoir comme résultat final le contraire de ce qui était attendu : le retour de l'héroïne et des overdoses. Si en effet, les généralistes prescripteurEs étaient tentéEs de faire passer leurs patientEs substituéEs au Suboxone de manière trop systématique, il est possible que des usagèrEs incapables de mettre fin à leurs pratiques d'injection se tournent à nouveau vers l'héroïne. Il est même possible que des usagèrEs mal informéEs et qui injecteraient le Suboxone recourent à l'héroïne pour gérer la crise de manque qui s'en suivrait, au risque de faire une surdose puisque l'effet de l'héroïne serait atténué par le Suboxone. Le laboratoire Schering-Plough qui produit ce traitement s'est de toute façon engagé à procéder à des études cliniques complémentaires, notamment pour les usagèrEs passant du Subutex au Suboxone puisque les études menées jusqu'à présent s'intéressaient surtout aux usagèrEs passant de l'héroïne au Suboxone. Et nous serons particulièrement intransigeantEs sur le fait que ces études soient menées à leur terme avant toute autorisation de mise sur le marché. Et ce, quelle que soit l'intensité du lobbying exercé par Schering-Plough, qui voudrait bien compenser avec ce nouveau produit la diminution des profits liés à la récente apparition d'une version générique du Subutex.

Parallèlement, et nous l'avons répété à maintes reprises depuis des mois : « pas de substitution inshootable sans substitution shootable ». De nombreuxSES usagèrEs traitéEs au Subutex sont incapables de mettre un terme immédiatement à leur pratique d'injection. Si la méthadone peut être une première réponse, si le Suboxone peut en être une seconde, la plupart de nos voisinEs européenNEs ont complété leur dispositif par des programmes de substitution injectable. Il existe en effet plusieurs produits qui permettraient aux usagèrEs dans l'incapacité d'interrompre leurs pratiques d'injection de réduire les conséquences de ce geste. Le Subutex, parce qu'il contient de l'amidon, entraîne des dommages graves chez les usagèrEs qui l'injectent alors qu'il existe des formes injectables de morphine, de méthadone ou même de buprénorphine qui ne posent évidemment pas les mêmes problèmes.

Réduire les risques liés à l'usage de drogue, ce n'est plus empêcher les individuEs d'utiliser des drogues à tout prix et il en va de même pour réduire les risques liés à l'injection, une société sans injection, ça n'existe pas, qu'on le veuille ou non. Mais ouvrir cette nouvelle porte, c'est encore une fois s'exposer aux foudres des forcenéEs de l'abstinence qui pensent aujourd'hui encore que l'abcès et l'amputation sont des méthodes satisfaisantes pour prévenir l'usage de drogues.