Usage de drogues, VIH, VHC : l'impasse de la criminalisation

- VIH/Sida - Conférences - AIDS 2010 à Vienne -

VIH.org - Vienne 2010 - par Marie Jauffret-Roustide - 10/11/2010 - *Cet article a été publié dans Transcriptases n°144 Spécial Vienne 2010, réalisé en partenariat avec l'ANRS.*

L'impact délétère de la criminalisation des drogues sur la réduction des risques a constitué le fil rouge de cette conférence internationale sur le sida, dans le champ de l'usage de drogues, à Vienne. La Déclaration de Vienne signée par bon nombre de militants et de chercheurs a pointé la nécessité de s'appuyer sur la science et non sur la morale ou l'idéologie pour mettre en place des politiques publiques dans le champ des drogues.

La question de la criminalisation des drogues comme frein à l'implantation de politiques de réduction des risques (RdR) n'est pas à proprement parler une nouveauté. L'aspect nouveau de Vienne est que cette question a été évoquée comme un frein majeur à la lutte contre l'épidémie de VIH et d'hépatite C, même dans les pays où la politique de RdR est établie depuis plusieurs années [1], alors qu'auparavant, cette question était plutôt dénoncée essentiellement dans les pays réfractaires à la RdR.

Usage de drogues, criminalisation et difficile accès aux soins

Dans la lignée de la Déclaration de Vienne, le lancement du numéro spécial du Lancet consacré à l'épidémie de sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) et un symposium spécifique de l'ANRS intitulé « Harm reduction : Time to Switch from Repression to Evidence » ont également pointé la nécessité de ne pas se laisser enfermer dans une vision idéologique des drogues ; de s'appuyer sur des données issues des évidences scientifiques ; de délaisser la répression au profit de la santé publique ; et de respecter les droits fondamentaux des UDI.

En 2007, dans le monde, on dénombre 16 millions d'UDI, et au moins 3 millions d'entre eux sont séropositifs [2]. La majorité des pays optent encore aujourd'hui pour des politiques qui favorisent la criminalisation des UDI au détriment des politiques de RdR qui s'inscrivent dans une approche de santé publique et de respect des droits des usagers. Actuellement, les PES (programmes d'échange de seringues) sont disponibles dans 82 des 151 pays où l'usage de drogues par voie intraveineuse est documenté ; seulement 8% des UDI ont eu accès aux PES dans les 12 derniers mois, et 22 seringues sont disponibles par usager et par an ; ainsi, seules 5% des injections pratiquées dans le monde seraient réalisées avec du matériel stérile [3]. De nombreuses présentations ont rappelé le fait que les PES constituaient des programmes de santé publique particulièrement coût-efficaces dans la lutte contre la transmission du VIH [4].

La nécessité d'une offre combinée

Afin d'être réellement efficace, la politique de RdR doit s'intégrer dans une offre combinée ou un « package » incluant l'accès aux seringues et en particulier aux PES, aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) et au traitement ARV. Cette offre combinée permettrait ainsi une réduction de la contamination VIH de 50%, d'après de récentes études de modélisation [5]. Dans la même lignée, en 2007, Van den Berg avait mis en évidence que seul l'accès combiné aux seringues et aux TSO avait permis d'observer pour la première fois une diminution de l'incidence du VHC chez les UDI aux Pays-Bas [6]. Ce modèle du package a été étudié par la même équipe de recherche hollandaise pour expliquer les conditions du succès de l'observance aux ARV chez les UDI [7]

Inclure l'accès aux ARV dans la politique de RdR chez les UDI a également été défendu par Daniel Wolfe qui a évoqué la mise en place d'un essai à Vancouver d'utilisation des ARV à titre préventif chez les UDI [8] Concernant l'accès au traitement à visée curative, l'accès aux ARV chez les UDI reste plus faible que celui d'autres populations. En 2008, une étude menée auprès de 30 pays a montré que les UDI représentaient 42% des cas de séropositivité VIH dans le monde et que seulement 31% des UDI étaient sous ARV [9] ; et dans les cinq pays où la prévalence du VIH est la plus élevée chez les UDI, 67% des cas de VIH sont attribuables à l'usage de drogues par voie intraveineuse et seulement un quart d'entre eux bénéficient des ARV. Plusieurs enquêtes ont montré par ailleurs que l'accès aux ARV ne favorise pas les comportements à risque sexuels chez les UDI, ni les pratiques à risque en lien avec l'injection, les UDI ne percevant pas la mise sous traitement ARV comme une forme de protection contre le VIH.

Vienne a été l'occasion de rappeler que dans de nombreux pays, les UDI sont encore victimes de discrimination dans l'accès aux soins, renforcée par des barrières structurelles telles que la répression et l'incarcération qui ne facilitent pas l'entrée et la rétention en traitement pour les UDI. Stefanie Strathdee a ainsi illustré comment les dimensions macro/micro, physique, sociale, économique et politique qui constituent l'environnement du risque peuvent avoir un impact sur l'exposition au risque des UDI à travers l'étude de trois villes situées en Ukraine, au Pakistan et au Kenya. D'où la nécessité d'agir de manière structurelle sur l'exposition au risque et de ne pas se contenter d'une vision sanitaire de la RdR [10]

Les pays de l'est : une catastrophe sanitaire

Les pays de l'Est étaient particulièrement représentés à Vienne pour dénoncer la catastrophe sanitaire à laquelle ils sont actuellement confrontés. Ces résultats épidémiologiques étaient parfois parcellaires, mais une réelle volonté d'avancer dans la voie de la RdR était perceptible dans l'ensemble des interventions.

Une présentation de Robert Heimer s'est efforcée de mettre fin à un « mythe » selon lequel l'épidémie de sida chez les UDI en Russie serait essentiellement liée à la circulation d'une héroïne « maison », préparée dans des conditions sanitaires facilitant la transmission du VIH. En analysant le type de produits opiacés en circulation en Russie dans 21 villes, il a mis en évidence que les villes où l'héroïne « commerciale » était disponible étaient les villes où la prévalence du VIH était la plus élevée [11]. Par ailleurs, les pays de l'Est ont également à faire face à une augmentation de la consommation de stimulants, comme dans le reste de l'Europe. En Ukraine, la consommation de stimulants a été multipliée par 2,5 ces quatre dernières années, cette tendance concerne surtout les plus jeunes usagers souvent âgés de moins de 18 ans. En Russie, les deux tiers des contaminations par le VIH sont liés à la consommation de drogues par voie intraveineuse, et les UDI ont peu accès aux programmes de RdR. En Russie toujours, le croisement de plusieurs enquêtes a montré que la prévalence du VIH était en augmentation, passant de 30% en 2002 à 48% en 2008 [12]. A Saint-Petersbourg, la prévalence du VIH peut atteindre 50% chez les UD, et des facteurs sociaux tels que la confiance dans le partenaire de consommation, la taille du réseau social sont associés à l'engagement dans des pratiques à risque vis-à-vis de l'injection [13]. Une enquête de cohorte menée dans la même ville a mis en évidence une incidence du VIH particulièrement élevée chez les UDI, passant de 4,5% année en 2004 à 8,1% en 2009 [14]. De plus, une enquête épidémiologique menée dans plusieurs villes de Russie a montré qu'entre 30% à 80% des UDI méconnaissaient leur statut vis-à-vis du VIH [15], ce qui favorise la transmission du virus dans cette population. A titre de comparaison, en France, dans l'enquête Coquelicot, la quasi-totalité des UD connaissaient leur statut vis-à-vis du VIH. Malgré cette situation alarmante, les pouvoirs publics russes restent réticents à s'engager dans des politiques de RdR et à soutenir financièrement les associations sur le terrain ; et des enquêtes qualitatives mettent en évidence le sentiment de fatalité ressenti par les UDI en Russie face à la transmission du VIH, en lien avec le manque d'accessibilité à la RdR [16].

L'Ukraine est le pays d'Europe où la prévalence du VIH est la plus élevée chez les UDI, et pourtant seuls 9% des

usagers d'opiacés bénéficient d'un TSO. A titre de comparaison, en France, 80% des usagers d'opiacés sont sous TSO. En Ukraine, la buprénorphine (BHD) est actuellement expérimentée comme TSO et les premiers résultats de cette évaluation ont mis en évidence une diminution importante des comportements à risque chez les UDI, d'où un encouragement à poursuivre la diffusion de la BHD comme mesure de RdR chez les UDI [17]. L'Ukraine se distingue toutefois par un dynamisme associatif important mettant en oeuvre des programmes de RdR à destination des UDI et sur la question de l'évolution de la loi.

En Estonie, une expérience de mise à disposition des seringues a montré son efficacité pour lutter contre la transmission du VIH, l'incidence du VIH étant passée de 18% en 2005 à 8% en 2009 [18]

La Georgie détiendrait la prévalence d'injection la plus élevée au monde, mais la prévalence du VIH reste peu élevée. Ainsi, en 2008-2009, une étude de séoprévalence menée dans plusieurs villes de Géorgie a conclu à une prévalence du VIH de 2%, avec un intervalle de confiance particulièrement élevé [19].

La situation particulière de l'Afrique

Si dans les pays de l'Est, la majorité des cas de contamination par le VIH sont liées à l'usage de drogues, la situation est très différente en Afrique. Durant des décennies, la question du sida en Afrique a été abordée sous l'angle de la transmission par voie sexuelle ou de la mère à l'enfant. La conférence de Vienne a été l'occasion d'aborder la question du VIH et de l'usage de drogues par voie intraveineuse, thématique rarement abordée [20]. La situation de la Tanzanie fait l'objet de plusieurs présentations et a mis en évidence la diffusion de la cocaïne et du crack. La prévalence du VH s'élèverait à 0,6% dans la population générale et atteindrait 16% dans la population des UD, 12% chez les MSM, et 10% chez les personnes prostituées [21]. Dans la population des UDI en Tanzanie, la séroprévalence du VHC reste étonnamment faible (16%) [22], alors que dans le monde, de nombreux pays ont à faire face à une épidémie de VHC affectant souvent plus de 50% des UDI.

Amphétamines, prises de risque et VIH

Dans les années 1980, l'épidémie de sida chez les usagers de drogues était globalement attribuée au partage de seringues chez les utilisateurs d'opiacés. Vienne a mis en exergue l'explosion de la consommation de stimulants tels que la cocaïne, le crack ou les amphétamines. En 2007, les estimations du nombre de consommateurs d'amphétamines oscillaient entre 16 à 51 millions, avec des prévalences particulièrement élevées en Europe de l'Est et en Asie du Sud-Est. La méthamphétamine particulièrement prisée en Thaïlande peut concerner jusqu'à un tiers des usagers de drogues [23], et ce produit se diffuse -également de manière significative en Australie et au Canada. La consommation de méthamphétamine favoriserait le partage de seringues et l'absence de protection lors de rapports sexuels et donc la séroconversion VIH, ainsi qu'une moindre adhérence aux ARV [24]. Actuellement, l'usage d'amphétamines est plus développé dans le monde que celui des opiacés. Les amphétamines sont souvent prises dans un contexte sexuel, notamment en milieu gay, mais l'usage d'amphétamines tend à se développer dans de nombreux pays et des populations variées. Le développement de l'usage d'amphétamines nécessite d'inventer de nouveaux modes d'interventions pour réduire les risques associés à cet usage. Des réponses combinant des approches axées sur l'individu, le groupe, la communauté dans son ensemble, et les politiques publiques sont nécessaires pour faire face à la complexité de ces risques, d'après Colfax [25].

Les travaux d'une équipe canadienne ont mis en évidence l'augmentation de la consommation de méthamphétamine tout particulièrement chez les usagers de stimulants, les personnes sans domicile fixe et ont insisté sur la nécessité de faire de la RdR chez les utilisateurs de méthamphétamine une priorité de santé publique [26]. Cet usage se

développe également en Afrique du Sud et concerne des usagers cumulant les facteurs de vulnérabilité sociale et économique (abus pendant l'enfance, épisodes d'incarcération, niveau d'éducation plus faible) en comparaison à d'autres sous-groupes d'usagers de drogues [27]

Réduire les risques des usagers de crack

La politique de RdR est depuis son origine exclusivement centrée sur la pratique d'injection, qui constitue le principal facteur de risque de transmission du VIH chez les UD. Les autres pratiques ou publics (usagers non injecteurs) ont été l'objet de peu d'intérêt de la part des pouvoirs publics. Vienne a été l'occasion de rappeler la nécessité d'élargir la RdR au delà de l'injection et de pendre en compte la diversité des pratiques. Ainsi, une étude menée à Harlem a montré que les usagers de drogues non injecteurs et tout particulièrement les consommateurs de crack par inhalation avaient 3,4 fois plus de risque d'être séropositifs pour le VIH que les UDI, l'hypothèse la plus probable étant les prises de risque sexuels comme facteur de risque de transmission du VIH et d'autres IST telles que les gonococcies, syphilis et infections à chlamydiae [28]. Au Canada, une expérience de diffusion d'outils de RdR spécifiques pour les usagers inhalant le crack a fait la preuve de son efficacité sur la diminution des pratiques à risque dans cette population particulièrement vulnérable [29].

En France, une expérience du même type est actuellement en cours d'évaluation [30] Des tubes en pyrex avec des filtres intégrés sont actuellement distribués dans des structures de RdR à Paris et Saint-Denis, et sont destinés à limiter la transmission de maladies virales chez les fumeurs de crack. En effet, avant cette expérimentation, l'utilisation de pipes à crack en verre, facilement cassables et conductrices de chaleur entraînait des lésions au niveau des mains et de la bouche des fumeurs de crack, et la pratique de partage de ces outils de consommation pouvait favoriser la transmission des virus entre les usagers.

Des groupes vulnérables parmi les vulnérables

Les UDI constituent une population particulièrement vulnérable face à la transmission du VIH, mais certaines caractéristiques sociales peuvent accentuer cette vulnérabilité. De nombreuses publications internationales ont mis en évidence que les femmes UDI étaient particulièrement exposées au risque de transmission du VIH, à la fois dans les sphères de l'usage de drogues et de la sexualité. La conférence de Vienne a fait une large place à la vulnérabilité des femmes UDI, avec un focus sur leur situation dans les pays de l'Est. Une enquête menée en Ukraine a ainsi montré que les femmes UDI étaient particulièrement exposées à la violence sexuelle de leur partenaire régulier (32%) et à l'impossibilité à négocier l'utilisation du préservatif (23%) [31]. Malgré cette surexposition au risque, les femmes UDI restent souvent invisibles et ont peu accès au dispositif de RdR car cette population est encore plus soumise à la stigmatisation que les hommes et a tendance à rester cachée. Les politiques de RdR doivent s'attacher à proposer des interventions ciblées permettant de mieux atteindre cette population et de diminuer leur exposition au risque [32]. Afin d'être réellement efficaces, ces programmes de prévention prenant en compte la dimension du genre doivent s'inscrire plus globalement dans la prise en charge de la santé reproductive et sexuelle, et l'accompagnement à la parentalité, et comporter une dimension de soutien psychologique intégré aux politiques de RdR. Les populations d'UDI les plus jeunes sont également particulièrement vulnérables face à la transmission du VIH car elles ont peu accès aux services de RdR qui refusent souvent d'accueillir les mineurs sans autorisation parentale. Les plus jeunes UDI s'engagent donc généralement plus souvent dans des conduites à risque [33], en raison d'un mauvais accès aux seringues et d'une moindre connaissance des pratiques d'injection à moindre risque [34].

La répression constitue donc une entrave à la mise en place et à l'efficacité des politiques de RdR, et une littérature

abondante a permis d'objectiver cette question, ces dernières années. Une enquête qualitative réalisée en Russie et en Serbie a montré que la vie des UDI était soumise à une peur permanente d'être repérés par la police, de voir leurs produits confisqués et d'être emprisonnés. Tim Rhodes a illustré par des extraits d'entretiens le fait que la peur entraîne des injections à haut risque d'exposition virale car effectuées dans la précipitation et sans mettre en oeuvre les mesures d'hygiène minimales. Les UDI récemment incarcérés ou craignant d'être interpellés sont plus exposés au risque de partager leur seringue [35]. Cette violence à laquelle les UDI sont confrontés est comparable à celle rencontrée par d'autres groupes sociaux stigmatisés telles que les prostituées et peut être qualifiée d'« embodied structural violence » selon Rhodes, processus selon lequel la violence subie par ces groupes sociaux est intégrée et peut prendre la forme de troubles psychologiques, d'acceptation du risque comme une fatalité [36].

La science au service de l'activisme

La collaboration entre l'activisme et la « science » a constitué un fil rouge de la conférence de Vienne. La déclaration de Vienne et le numéro spécial du Lancet ont plaidé pour une vision pragmatique de la recherche, en pointant la responsabilité des scientifiques à faire changer les choses et à se positionner pour la défense des droits des UDI. Lors de la présentation du Lancet, Ralf Jürgens a fait le point sur la question des droits de l'homme et de la citoyenneté en lien avec l'usage de drogues, une thématique qui a réellement émergé dans le débat sur les drogues, dans les années 1990 []. Certains sous-groupes de populations tels que les jeunes ou les femmes ont peu accès aux dispositifs de RdR en raison d'une inadéquation de ces centres à leurs attentes et besoins spécifiques. Les scientifiques et les activistes doivent travailler ensemble afin de faire progresser des données basées sur des évidences scientifiques.

C. Beyrer a poursuivi dans la même lignée en insistant sur la nécessité d'agir maintenant avec le slogan « It is time to act » car de plus en plus de pays sont confrontés à une épidémie de VIH de plus en plus complexe chez les UDI [38]. L'environnement géopolitique des drogues constitue un élément à prendre en considération, en raison de la spectaculaire augmentation de l'offre d'héroïne. « Advocacy not complicity », a exhorté Beyrer en demandant aux professionnels de santé à ne plus être complices de la criminalisation de l'usage de drogues assimilée à une violation des droits de l'homme. Lors de cette session, il a été annoncé que le gouvernement du Canada ne soutenait pas la déclaration de Vienne car il considère que les résultats scientifiques ne sont pas suffisamment « consistants » ; à l'inverse, le Portugal qui a choisi de décriminaliser l'usage a été présenté comme un modèle et comme un appui important pour la Déclaration de Vienne.

L'indispensable participation des usagers

« La voix des usagers doit être entendue » a été un slogan maintes fois répété au cours de la conférence. Le rôle des UDI est central dans la modification des comportements à risque, mais le stigmate lié à la pratique rend plus difficile les stratégies de contestation. C'est la raison pour laquelle l'apport de l'implication des UDI est moins reconnu que celui d'autres « communautés » touchées par l'épidémie de VIH. Toutefois, plusieurs projets portant sur l'éducation par les pairs ont mis en évidence leur intérêt pour diminuer la transmission du VIH, mais également pour favoriser l'amélioration de l'estime de soi par l'acquisition de compétences spécifiques chez les UDI [39]. Dans la même lignée, l'importance accordée à l'implication des usagers dans les processus de décisions sur l'offre de soins et de RdR à leur encontre a été présentée comme l'une des conditions nécessaires de l'efficacité de la RdR chez les UDI. Par ailleurs, cette participation des usagers peut être perçue comme bénéfique à la société dans son ensemble, en réhabilitant l'usager comme un citoyen comme les autres par le biais de sa réinsertion sociale et symbolique [40]. Des exemples de mobilisations d'usagers ont été présentés dans des pays tels que l'Indonésie, le Bangladesh, le Kirghizstan ou l'Argentine [41], où les alliances entre les groupes d'auto-support d'UDI et les mouvements de défense des droits de l'homme ont permis de faire accepter le principe de la RdR et la nécessité de faire évoluer les

politiques répressives afin de limiter la transmission du VIH dans la population des usagers de drogues.

---

[1] Rose V, « Identifying the barriers to selling non-prescription syringes to injection drug users », CDF1345

[2] Horton R, Das P, « Rescuing people with HIV who use drugs », Lancet, july 2010, 1-2

[3] Degenhart L et al., « Prevention of HIV infection for people who inject drugs : why individual, structural and combination approaches are needed », Lancet, july 2010, 30-46

[4] Wilson D, « Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia », MOAC0403

[5] Degenhart L et al., « Prevention of HIV infection for people who inject drugs : why individual, structural and combination approaches are needed », Lancet, july 2010, 30-46

[6] Van de Berg et al., « Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for HIV and hepatitis C virus : evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users », 2007, 102, 9, 1454-62

[7] Lambers F, « Harm reduction intensity - its role in HAART adherence among drug users in Amsterdam », TUPE0191

[8] Wolfe D et al., « Treatment and care for injecting drug users with HIV infection : a review of barriers and ways forward », Lancet, 2010, 47-58

[9] Donoghoe M, « Acess to antiretroviral therapy (ART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002-2008 », THAX0105

[10] Strathdee S, « HIV and risk environment for injecting drug users : the past, present, and future », Lancet, July 2010, 13-29

[11] Heimer R, « Origins of the HIV epidemic among drug injector in Russia : transition from homemade to commercial heroin », TUPE0312

[12] Verevochkin S, « Different approaches confirm high level of prevalence and incidence rate of HIV infection among IDUs in St Petersburg, Russia », TUPE0327

[13] Cepeda J, « Injecting drug network size, stability, and trust among injecting drug users in St Petersburg Russia are significantly associated with HIV-risk behaviors », TUPE0316

[14] Shaboltas A, « HIV incidence gender and risk behaviors differences in injection drug users cohorts, St Petersburg, Russia », TUPE0331

[15] Eritsyan E, « How many IDUs have HIV but are unaware of this fact ? Estimation of the hidden HIV-positive population of IDUs in four russian cities », TUPE0329

[16] Meylakhs P, « Drug users' perceptions of HIV prevention programs in North West Russia », MOAC0404

[17] Libanov A, « Evaluation of maintenance therapy with injectable buprenorphine for treatment of patients with opioid dependence in Ukraine », TUPE0336

[18] Uusküla A, « Outcomes of large-scale syringe exchange in Talinn, Estonia », MOAC0402.

[19] Chikovani I, « Findings of the Bio-behavioral surveillance surveys among injecting drug users as a tool for preventive program planning in Georgia », WEPE0286

[20] Raguin G et al., « Usage de drogues et VIH en Afrique de l'ouest : un tabou et une épidémie négligée », Transcriptases, 2010, 143, 15-17

[21] Ali K, « Reorganizing the Zanzibar National Multisectoral HIV M&E system to reflect the programmatic shift from general population to focus more on MARPs », CDC0343

[22] Broz D, « Correlates of HIV infection among injection drug users in Ungunja, Zanzibar, 2007 », MOAC0401

[23] Hayashi K, « Methamphetamine injection and HIV risk behaviour among a community-recruited sample of injection drug users in Bangkok, Thailand », WEPE0517

[24] Fairbarn, « Crystal methamphetamine injection predicts slower HIV RNA suppression among injection drug users », MOAC405

[25] Colfax et al., « Amphetamine-group substances and HIV », Lancet, July 2010, 80-96

[26] Marshall B, « Individual, social and environmental factors associated with initiating methamphetamine injection : implications for drug use and

HIV prevention strategies », TUPE0308

[27] Jones H, « The multiple dimensions of HIV-risk for female methamphetamine-users requires combined women-focused treatment and HIV prevention right now », TUPE0647.

[28] Hagan H, « Substantially higher HIV prevalence in non-injecting vs injecting drug users, New York City », TUPE0318

[29] Leonard LE, « HIV and HCV-related behaviours and practices decline among people who smoke crack following implementation and controversial Safer Inhalation Program in Ottawa, Canada », MOPDC104

[30] Jauffret-Roustide M, « Harm reduction : vulnerabilities and role of communities », Symposium ANRS Harm Reduction : Time to Switch from repression to evidence.

[31] Dovbakh A, « Violence of sexual partneras a vulnerability factor of female IDU to HIV infection », TUPE0522

[32] Roberts A, « Invisible women : a look at the global experiences and HIV risks of female drug users who engage in sex work », WEPE0441

[33] Busza J, « Comparing HIV risk among adolescent and adult IDU in eastern Europe », CDD0943

[34] Lazar F, « HIV risk among adolescent and young injecting drug users and sex workers from Romania », CDD0946

[35] Booth R, « Police brutality is indendently associated with sharing injection equipment among injection drug users in Odessa, Ukraine », THPDD104

[36] Rhodes T, « Police violence and "fear-based policy" as barriers to HIV prevention : qualitative case studies in Russia and Serbia », TUAF0402

[37] Jürgens R et al., « People who use drugs, HIV and human rights », Lancet, July 2010, 97-107

[38] Beyrer C et al., « Time to act : a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs », Lancet, July 2010, 108-120

[39] Sowtong K, « Supporting information for the development of capacity building models for drug users », WEPE0279

[40] Cruz H, « A comprehensive approach to drug user health building on HIV », WEPE0274

[41] Inchaurraga S, « Rights here, right now for drug users in poor settings. Rosario city facing human rights challenges with the community », TUPE1030