

Résumé analytique

Aperçu statistique

Au second semestre 2004, le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral (ARV) dans les pays en développement et en transition a connu une hausse spectaculaire, les estimations passant de 440 000 à 700 000. Ce chiffre représente environ 12% des quelque 5,8 millions de personnes ayant actuellement besoin d'un traitement dans ces pays ; il englobe les personnes recevant des traitements ARV avec le soutien du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Emergency Plan for AIDS Relief du Président des Etats-Unis d'Amérique, de la Banque mondiale, et d'autres partenaires.

En Afrique subsaharienne, le nombre des personnes sous traitement a doublé, passant de 150 000 à 310 000 en six mois seulement. Dans chacun des pays suivants : Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Ouganda et Zambie, le nombre de personnes traitées a augmenté de plus de 10 000. Au Botswana, en Namibie et en Ouganda, on estime désormais que le quart de la population qui en a besoin est couverte par les traitements ARV, et dans treize pays de la région, la couverture dépasse les 10%. Bien plus de 700 sites dans la région sont désormais en mesure d'administrer des traitements ARV.

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 100 000 personnes suivaient un traitement à la fin 2004, soit deux fois plus que six mois auparavant. La Thaïlande montre la voie en étendant l'accès au traitement à tous les districts : plus de 900 établissements assurent des traitements ARV et plus de 3 000 personnes y entament un traitement chaque mois.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'accès aux traitements ARV a continué de s'améliorer. Le Brésil montre l'exemple en donnant accès aux traitements à l'ensemble de sa population, mais neuf autres pays ont eux aussi des taux de couverture supérieurs à 50%. En Europe de l'Est, en Asie centrale, en Afrique du Nord et au Moyen Orient, les progrès ont en général été beaucoup plus lents.

Les premières données indiquent que les taux de succès des traitements sont tout aussi bons dans les pays en développement que dans les pays industrialisés riches. L'observance des schémas thérapeutiques atteint 90% et les bienfaits du traitement pour les patients sont spectaculaires, avec des taux de survie dépassant 90% après un an et 80% après deux ans de traitement ARV.

Succès nationaux

L'une des clés de cette rapide extension a été le courageux engagement public des gouvernements des pays touchés, qui ont fait des interventions VIH/SIDA une priorité fiscale et un thème de vulgarisation constant. Sous la conduite de conseils nationaux du SIDA efficaces et dynamiques, de nombreux pays dépassent leurs objectifs individuels, ce qui montre que l'objectif global de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » peut être atteint.

Dans plusieurs pays, l'accroissement du nombre des sites où sont administrés des traitements ARV a élargi de façon spectaculaire l'accès au traitement. Dans l'ensemble, le nombre des

femmes sous traitement a augmenté aussi rapidement que celui des hommes, mais les enfants sont encore laissés pour compte.

Une étroite collaboration

Au cours des 12 derniers mois, un puissant mouvement international s'est constitué pour soutenir l'objectif de « 3 millions d'ici 2005 ». Les partenariats, tant dans les pays qu'au niveau mondial, sont les principaux moteurs de l'extension du traitement du VIH/SIDA. Au niveau des pays, la réaction a été sans précédent de la part du secteur public comme du secteur privé. S'appuyant sur le travail effectué dans nombre de pays touchés, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Emergency Plan for AIDS Relief du Président des Etats-Unis et la Banque mondiale ont tous contribué à rendre l'extension possible. L'importance de leurs nouveaux engagements financiers a grandement facilité les activités au niveau des pays ; elle a incité d'autres donateurs à augmenter leur aide, et a dans l'ensemble favorisé les efforts de promotion.

Les éléments de l'extension des traitements ARV

Dans bien des endroits, différentes pièces maîtresses des programmes de traitement ARV ont été mises en place. Parmi elles figurent l'élargissement de l'accès au dépistage et au conseil en matière de VIH ; l'intégration des programmes de traitement du SIDA et de la tuberculose ; l'amélioration de l'accès aux services de soins et de soutien, et leur intégration ; la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; l'approvisionnement en médicaments et en produits diagnostiques ; la formation des professionnels, des membres des communautés et des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; le développement de systèmes de repérage et de suivi des personnes sous traitement ; et l'institutionnalisation de la recherche opérationnelle, afin de tirer profit d'une expérience durement acquise pour concevoir des programmes à base factuelle adaptés aux conditions locales. Judicieusement menée, l'extension des traitements ARV peut contribuer à renforcer aussi bien les programmes de prévention du VIH que le système de santé dans son ensemble.

Au second semestre 2004, de 40 000 à 50 000 nouveaux patients dans le monde ont entamé chaque mois un traitement ARV. Il subsiste néanmoins d'énormes obstacles pour atteindre l'objectif en 2005. Les avancées sont très souvent inégales géographiquement : certaines composantes essentielles font encore défaut dans bien trop de zones des pays les plus touchés.

La volonté politique manifestée au plus haut niveau dans chaque pays sera décisive : elle conditionnera la réalisation des objectifs. Les grands donateurs ont déjà fait preuve d'une souplesse et d'une créativité encourageantes pour financer les nécessités les plus urgentes, mais ils doivent désormais passer à la vitesse supérieure. Compte tenu des coûts actuels du système, les gouvernements nationaux et les donateurs extérieurs devront fournir au moins US \$2 milliards de financement ferme supplémentaire pour faire accéder environ 2,3 millions de personnes au traitement ARV.

Le déficit de financement n'est qu'un des nombreux obstacles auxquels nous sommes confrontés. Le coût des médicaments antirétroviraux pour les pays et les individus est un sujet particulièrement préoccupant, tout comme la répartition géographique des ressources humaines et des services liés au VIH/SIDA. Il reste absolument indispensable d'améliorer les

infrastructures de soins et de traitement. Les organisations qui travaillent dans le domaine du VIH/SIDA doivent s'assurer que leurs efforts offrent des solutions réelles aux problèmes très réels des pays. Toutefois, les progrès accomplis en 2004 ont jeté les bases d'un élan extraordinaire pour atteindre l'objectif de « 3 millions d'ici 2005 ».

Les progrès en chiffres

Des progrès spectaculaires ont été accomplis ces six derniers mois sur la voie de l'objectif de « 3 millions d'ici 2005 ». Entre juin et décembre 2004, le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral (ARV) dans les pays en développement et en transition s'est accru pour atteindre environ 700 000 (estimation basse 630 000, estimation haute 780 000) (Fig. 1). Cette tendance à la hausse a été particulièrement marquée dans les pays d'Afrique subsaharienne, où le nombre des personnes sous traitement ARV a doublé.

Ce chiffre de 700 000 représente quelque 12% du nombre estimatif d'adultes (5,8 millions) ayant actuellement besoin d'un traitement ARV dans les pays en développement et en transition. Il englobe les personnes suivant des traitements ARV avec le soutien de programmes nationaux, d'organisations non gouvernementales, du secteur privé, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, du Emergency Plan for AIDS Relief du Président des États-Unis, de la Banque mondiale, et d'autres partenaires.

[Fig. 1 – Titre] Nombre de personnes sous traitement ARV dans les pays en développement et en transition, par région, 2002–2004

[Fig. 1 – Légende] Afrique du Nord et Moyen-Orient Europe et Asie centrale
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est Amérique latine et Caraïbes
Afrique subsaharienne

[Fig. 1 – Ordonnée] Personnes sous traitement ARV (milliers)

[Fig 1 – Abscisse] Fin 2002 Mi-2003 Fin 2003 Mi-2004 Fin 2004

[Tableau 1 – Titre] Tableau 1 Estimation du nombre de personnes sous traitement ARV, de personnes ayant besoin d'un traitement ARV, et taux de couverture dans les pays en développement et en transition, par région, décembre 2004

[Tableau 1 – Titres des colonnes] Région géographique Nombre estimatif de personnes sous traitement ARV, décembre 2004 (estimation basse – estimation haute)

Nombre estimatif de personnes de 15 à 49 ans ayant besoin d'un traitement ARV, 2004 Couverture par le traitement ARV, décembre 2004 (%) Nombre estimatif de personnes sous traitement ARV, juin 2004

[Tableau 1 – Titres des lignes] Afrique subsaharienne Amérique latine et Caraïbes
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est Europe et Asie centrale
Afrique du Nord et Moyen-Orient Total

[Tableau 1 – Notes]

Note : Les chiffres étant arrondis, le total est inexact.

a L'Annexe 1 expose les méthodes employées et comprend en outre un tableau présentant les mêmes données par région de l'OMS. L'Annexe 2 présente les données par pays.

b Tous pays sauf Europe occidentale et Australie, Bahamas, Bahreïn, Brunéi, Canada, Chypre, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, Grenade, Israël, Japon, Koweït, Nouvelle-Zélande, Qatar, République de Corée et Singapour.

c Quelques pays déclarent le nombre d'enfants de moins de 15 ans sous traitement ARV; ceux-ci sont compris dans les données du tableau. Les données préliminaires montrent que, dans l'ensemble, moins de 5% des personnes sous traitement ARV ont moins de 15 ans.

d Le chiffre indiqué est la moyenne entre les estimations haute et basse du nombre de décès par SIDA et du nombre de cas de SIDA. L'estimation des besoins est calculée suivant les méthodes exposées à l'Annexe 1. Les estimations pour chaque pays peuvent varier en fonction des méthodes employées localement.

e Il s'agit d'une approximation établie d'après les moyennes des nombres de personnes sous traitement ARV et les besoins estimatifs en traitement ARV.

f Exception faite de la Turquie, aucune autres données n'ont été reçues de cette région depuis juin 2004.

Plusieurs pays africains ont accompli d'immenses progrès au second semestre 2004. Le nombre d'établissements proposant des services de traitement ARV dépasse nettement les 700, d'où une soudaine augmentation du nombre de personnes entamant un traitement. Dans chacun des pays suivants : Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Ouganda et Zambie, le nombre de personnes suivant un traitement a augmenté de plus de 10 000. Au Botswana, en Namibie et en Ouganda, on estime désormais que le quart des personnes qui en ont besoin sont couvertes par les traitements ARV, et dans 13 pays de la région, la couverture dépasse les 10%. La couverture globale en Afrique subsaharienne reste néanmoins faible, à environ 8% (Tableau 1, voir Annexe 1 pour les régions de l'OMS).

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est aussi, le nombre de personnes suivant un traitement s'est fortement accru, passant d'environ 50 000 en juin 2004 à 100 000 en décembre 2004 (Tableau 1). L'essentiel de cet accroissement s'est produit en Thaïlande. Le nombre de personnes sous traitement en Amérique latine et dans les Caraïbes a continué d'augmenter régulièrement pour atteindre 275 000, soit environ les deux tiers des personnes ayant besoin d'un traitement. A lui seul, le Brésil recensait 154 000 personnes sous traitement en décembre 2004.

Les pays d'Europe et d'Asie centrale font état d'augmentations modestes, et comptent 15 000 personnes sous traitement. Les pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient ne fournissent guère de données nouvelles (Tableau 1). Les chiffres totaux pour ces pays sont donc repris de juin 2004, même si davantage d'efforts sont faits pour améliorer l'accès au traitement.

Estimation du nombre de personnes sous traitement ARV

Les chiffres mondiaux constituent des indicateurs d'évolution solides et rassurants. On peut assurément considérer que les chiffres actuels sont de bien meilleure qualité que toute donnée antérieure sur les traitements ARV, mais il faut les interpréter en sachant que, dans bien des pays, les systèmes de suivi des personnes sous traitement sont encore en cours d'adaptation aux conditions locales. Ces chiffres sont basés sur les données fournies par les pays dans leurs rapports écrits ou par des communications personnelles avec des informateurs clés. Les données ont été confrontées à d'autres sources, comme les rapports de donateurs ou d'organisations non gouvernementales, et tout a été fait afin d'éviter les doubles comptages.

En théorie, les rapports des pays devraient distinguer les personnes qui entament un traitement ARV, celles qui ne l'observent pas et celles qui décèdent. Ainsi, le Botswana rapporte que 21 267 patients avaient entamé un traitement dans des dispensaires publics entre janvier 2002

et septembre 2004, mais que 1 761 (8%) d'entre eux sont morts. Il est difficile d'obtenir des données aussi détaillées dans les pays où les systèmes de suivi sont encore en construction.

Les traitements ARV assurés par le secteur privé sont difficiles à dénombrer. Bien des gens se procurent leurs médicaments dans des pharmacies locales ou des dispensaires privés qui rendent rarement compte de leurs activités aux pouvoirs publics. De nombreuses entreprises privées ont mis en place des programmes de traitement ARV pour leurs salariés atteints d'infection à VIH avancée, qui ne figurent pas dans les estimations. Un exemple de bonne pratique nous est donné par le Botswana, où l'on signale que près d'un quart des personnes sous traitement ARV l'obtiennent dans le secteur privé. Dans de nombreux cas en revanche, les personnes qui fréquentent des établissements de santé en dehors du secteur public échappent aux statistiques officielles.

Il existe également un décalage dans le temps entre les chiffres mondiaux, qui portent sur la fin 2004, et les chiffres par pays, relevés pour la plupart à des dates antérieures. Compte tenu de la rapidité avec laquelle les chiffres augmentent, on ne peut qu'estimer les tendances et effectuer des projections pour une période fixée. Par conséquent, les estimations pour la fin 2004 se fondent sur de simples projections linéaires des chiffres rapportés, auxquels on a appliqué la tendance actuelle comme indicateur de croissance, tout en tenant compte de la mortalité.

Les estimations sont donc vraisemblablement inférieures aux chiffres réels, car tout indique que tant le nombre de sites que le nombre de personnes sous traitement augmentent très vite. Vu le degré d'incertitude des estimations d'ensemble par pays, les annexes 1 et 2 donnent les estimations hautes et basses. On estime que le nombre de personnes sous traitement ARV se situe entre 630 000 et 780 000. Ces annexes expliquent également en détail comment a été calculé le nombre de personnes sous traitement et de personnes ayant besoin d'un traitement.

Un traitement efficace

D'innombrables données provenant de divers programmes nationaux et centres de traitement prouvent que l'on peut proposer avec succès des trithérapies hautement actives contre le VIH/SIDA. Depuis des années, la plupart des exemples de programmes de traitement réussis venaient de pays industrialisés. Le Brésil a apporté la preuve qu'un pays à revenu moyen pouvait lui aussi délivrer des traitements ARV par la voie de son secteur public et garantir ainsi l'accès universel au traitement, avec d'excellents résultats¹. Ces précédents peuvent convaincre l'opinion partout dans le monde que la volonté politique peut faire du traitement une réalité dans les pays en développement et en transition.

On a fréquemment douté qu'une telle efficacité soit possible dans des régions peu nanties où la charge du VIH/SIDA est bien plus lourde et qui exigent une approche moins tributaire des médecins et plus uniforme du point de vue de la santé publique. Les données disponibles montrent aujourd'hui qu'une approche santé publique des traitements ARV peut donner de formidables résultats dans de nombreux pays en développement.

¹ Marins J.R.P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 2003, 17:1675-1682.

Les taux d'observance du traitement se maintiennent régulièrement à un niveau élevé dans la très grande majorité des projets de démonstration et des services de mise en route des traitements. Par exemple, d'après l'observance indiquée par les patients eux-mêmes dans le cadre d'un programme communautaire ARV lancé par Médecins Sans Frontières (MSF) dans le township de Khayelitsha, au Cap (Afrique du Sud), 90% d'entre eux prenaient 95% de leurs médicaments² (Fig. 2). Dans le cadre d'une initiative appuyée par le gouvernement sénégalais, on a constaté un taux d'observance satisfaisant (80-90%) pendant deux à trois ans³.

[Figure 2 – Titre] Fig. 2 Succès du traitement ARV à Khayelitsha, Western Cape (Afrique du Sud), 2002-2004

[Figure 2 – Légende] Augmentation moyenne des cellules CD4 depuis les données d'origine
Vivants Charge virale indétectable

[Figure 2 – Ordonnée] Pourcentage

[Figure 2 – Abscisse] Nombre de mois depuis le début du traitement

Fait plus important encore, des données empiriques montrent que le traitement est aussi efficace que lorsque les trithérapies ont commencé à être utilisées en Europe et aux États-Unis. À Entebbe (Ouganda), plus de 90% des personnes à numération CD4 inférieure à 200 survivent après 15 mois de traitement ARV⁴. Seuls 50% des membres d'un groupe d'adultes présentant des niveaux d'immunosuppression semblables sans accès au traitement ARV étaient vivants après ce délai (Encadré 1). Le Botswana rapporte des taux de survie similaires (91%) au terme de 15 mois de traitement.

A Khayelitsha et au Sénégal, 80% des personnes qui suivent un traitement ARV sont vivantes après 30 mois de suivi⁵. La probabilité moyenne de survie après 24 mois de traitement pour près de 7 000 personnes traitées dans des dispensaires financés par MSF dans différents pays était de 85%⁶. Les effets du traitement sur l'immunité et la charge virale sont comparables à ceux des programmes de traitement dans les pays industrialisés. Le Botswana rapporte ainsi une suppression complète de la charge virale au bout de six mois chez 85% des personnes sous traitement ARV. Au bout de 15 mois, leur poids moyen avait augmenté de 10 kg et leur numération CD4 moyenne de 220.⁷

[Encadré 1]

² Coetzee D. et al. Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. *AIDS*, 2004, 18 :887-895. Goermaere E. et al. Evolving experience after three years of ART in Khayelitsha. *MedGenMed*, 2004, 6(3) [eJIAS, 2004, 11(1): ThPeB7249] (http://www.iasociety.org/ejias/show.asp?abstract_id=2169310, consulté le 31 décembre 2004).

³ Laurent C. et al. Long-term benefits of highly active antiretroviral therapy in Senegalese HIV-1 infected adults. *Journal of AIDS*, 2005, 38, 14-17.

⁴ Données fournies par l'équipe ougandaise Development of Antiretroviral Therapy in Africa (DART).

⁵ Voir notes 2 et 3.

⁶ Chiffre fourni par le Bureau de MSF à Genève, regroupant les données de différents sites dans 27 pays.

⁷ De Korte D. et al. *Introducing ARV therapy in the public sector in Botswana. Case study*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/botswana/en, consulté le 31 décembre 2004).

Encadré 1. Succès du traitement à Entebbe (Ouganda)

A Entebbe (Ouganda), de nombreux adultes atteints du VIH/SIDA ont accepté de participer à des essais d'interventions pour réduire la morbidité et la mortalité. Certaines interventions se sont avérées efficaces, comme la prophylaxie par isoniazide et cotrimoxazole, d'autres non, comme la vaccination contre *Pneumococcus* spp., cause la plus courante de pneumonie bactérienne. Dans la cohorte d'Entebbe, la survie moyenne de ceux qui présentaient une numération CD4 inférieure à 200 était faible, semblable à celle que l'on constatait aux États-Unis aux premiers jours de l'épidémie de VIH/SIDA.

Depuis janvier 2003, des traitements ARV sont disponibles dans le cadre de l'essai DART (Development of Antiretroviral Therapy in Africa – Développement des traitements antirétroviraux en Afrique), et plus de 1 050 personnes ayant une numération CD4 inférieure à 200 ont entamé une trithérapie. Le taux de survie a augmenté de façon spectaculaire. Alors que la mortalité était auparavant de 50% après 15 mois de suivi, plus de 90% des participants à l'essai sont toujours en vie, et la plupart ont repris des activités normales (Fig. 3).

[Figure 3 – Titre] Survie des personnes suivant un traitement ARV dans le cadre de l'essai DART, comparée à celle des personnes de la cohorte d'Entebbe bénéficiant d'autres interventions, Entebbe (Ouganda), 2004

[Figure 3 – Légende] Cohorte d'Entebbe Essai DART

[Figure 3 – Ordonnée] Taux de survie (%)

[Figure 3 – Abscisse] Nombre de mois depuis le début du traitement ARV

[Figure 3 – Note] DART : Development of Antiretroviral Therapy in Africa (Développement des traitements antirétroviraux en Afrique)

[Fin de l'Encadré 1]

La difficulté d'assurer l'accès au traitement

L'une des conditions du succès de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » est de garantir l'accès aux soins et au traitement, ce qui pose d'énormes difficultés. L'une des premières étapes consiste à mettre en place des systèmes d'information permettant de vérifier que l'équité entre les sexes est respectée et que les ressources sont consacrées aux populations pauvres et marginalisées.

Le rapport publié par l'ONUSIDA et l'OMS sous le titre *Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2004*⁸ insiste sur la nécessité de s'occuper des questions relatives aux femmes et aux jeunes filles, aussi bien en termes de prévention que de traitement. Dans les pays en développement, 17,2 millions de femmes vivent avec le VIH/SIDA, soit 48% des adultes porteurs du virus. En Afrique subsaharienne, les femmes représentent 57% des adultes vivant avec le VIH/SIDA. Les besoins en traitements peuvent varier selon le stade et l'évolution de l'épidémie, mais on devrait en fin de compte retrouver les mêmes proportions parmi les personnes sous traitement ARV.

⁸ ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé. *Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2004*. Genève, ONUSIDA, 2004 (<http://www.unaids.org/wad2004/report.html>, consulté le 31 décembre 2004).

Même si de nombreux pays ne fournissent pas de chiffres par sexe, on dispose de données sur un certain nombre de pays ou de sites en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne. La Figure 4 permet de comparer la proportion de femmes parmi les adultes sous traitement avec celle escomptée d'après la prévalence du VIH.

Les chiffres montrent que, dans la plupart des pays, les femmes et les hommes sont à peu près également représentés dans la population sous traitement. En Namibie, cependant, les femmes sont plus favorisées, alors qu'au Honduras, et dans une moindre mesure en Inde, elles sont sous-représentées. Il est indispensable de renforcer le suivi par sexe de l'accès et de l'utilisation des programmes ARV.

[Figure 4 – Titre] Fig. 4 Pourcentage de femmes parmi les adultes sous traitement ARV par rapport au pourcentage attendu, rapports nationaux ou de sites, 2004

[Figure 4 – Légende] Pourcentage attendu de femmes sous traitement ARV

[Figure 4 – Noms des pays] Botswana Cameroun Côte d'Ivoire Kenya
Namibie Rwanda Ouganda Zambie Inde Brésil
El Salvador Haïti Honduras

[Figure 4 – Note] Le pourcentage attendu de femmes sous traitement ARV est basé sur le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

D'autres aspects ayant trait à l'équité sont également à surveiller, et notamment l'accès des pauvres. Les nouveaux programmes de traitement se dérouleront initialement dans des zones urbaines où les ressources humaines et les infrastructures sont déjà en place. Il est important de faire en sorte que les populations rurales puissent accéder aux soins à mesure que les systèmes de soins et de traitement seront mis sur pied dans leurs communautés. L'extension des programmes de traitement ARV aux zones rurales posera des difficultés particulières, mais il existe des exemples de programmes ruraux réussis dans lesquels les personnels de santé communautaires jouent un rôle central, comme en Haïti.

Entretemps, là même où il existe des services, ils doivent être accessibles à tous les membres de la communauté. Le nombre de personnes sous traitement ARV s'est accru rapidement en Zambie après la suppression du paiement par le patient, et notamment parmi les femmes, ce qui montre combien il est important de réduire les obstacles économiques à l'accès au traitement.

L'accès au traitement est également un sujet de préoccupation pour les groupes marginalisés, comme les professionnel(le)s du sexe, les utilisateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports homosexuels, les détenus et, dans certaines régions, les migrants ou les minorités ethniques. Au Brésil et dans les dispensaires triangulaires de Kermanshah (Iran)⁹, on trouve de bons exemples montrant comment répondre aux besoins spécifiques des utilisateurs de drogues injectables. Il reste néanmoins beaucoup à faire pour toucher l'ensemble de ces populations.

⁹ Oppenheimer E., Hernandez Acejas C., Stimson G. *Treatment and care for drug users living with HIV/AIDS*. Londres, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Imperial College, 2003 (http://www.ahrn.net/img/document/Treatment_care_for_DUs.pdf, consulté le 31 décembre 2004).