
Réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues

AVRIL 2020

GENÈVE, SUISSE

Table des matières

Introduction	4
Consommation de drogues et vulnérabilité au VIH et à d'autres maladies	5
Qu'est-ce que la réduction des méfaits ?	7
Considérations essentielles relatives aux interventions retenues	9
3.1 Programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	
3.2 Thérapie de substitution aux opiacés	
3.3 Prise en charge des overdoses	
3.4 Prophylaxie préexposition (PrEP)	
3.5 Traitement antirétroviral	
3.6 Hépatite virale	
Intégrer des interventions de réduction des méfaits aux propositions destinées au Fonds mondial	13
4.1 Suppression des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès	
4.2 Réforme de la législation sur les drogues en vue de mettre fin à la pénalisation	
4.3 Des services conviviaux, à bas seuil et non moralisateurs	
4.4 Implication communautaire et renforcement des systèmes communautaires	
4.5 Programmation tenant compte du genre et de l'âge	
4.6 Prisons et autres lieux de détention	
4.7 Centres de détention obligatoire pour consommateurs de drogues	
4.8 Données pour la planification et la conception des programmes	
4.9 Échelle, couverture et pérennité	

Publications	24
Liste des abréviations	29

Introduction

Cette note d'information technique explique comment intégrer des interventions ciblant les consommateurs de drogues aux demandes de financement adressées au Fonds mondial. Principale source de financements internationaux pour la réduction des méfaits dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le Fonds mondial soutient des interventions fondées sur des éléments probants visant à garantir l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à la prise en charge du VIH pour toutes les populations-clés, y compris les consommateurs de drogues.

Conformément à la politique du Fonds mondial, les pays à revenu intermédiaire des tranches inférieure et supérieure sollicitant des financements doivent consacrer la totalité du budget aux populations-clés et la moitié de celui-ci aux populations mal desservies et aux interventions à très fort impact. Les pays à faible revenu sont eux aussi fortement encouragés à affecter des ressources aux populations les plus exposées.

Il est par conséquent vivement recommandé que tous les pays où la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues est avérée incluent dans leurs propositions des programmes de réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues, dans la communauté en général mais aussi dans les prisons et autres lieux de détention.

Les interventions de réduction des méfaits décrites dans cette note d'information comprennent celles recommandées dans les Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations-clés (2016) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ces lignes directrices élargissaient celles publiées par l'OMS, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) dans le document *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users* (2012).

Cette note d'information est également alignée sur les orientations programmatiques du document *Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les personnes usagères de drogues en injection : Conseils pratiques pour des interventions collaboratives* (outil IDUIT, 2017) qui combine l'expérience et l'expertise des institutions des Nations Unies, d'autres partenaires internationaux ainsi que d'organisations et de réseaux de consommateurs de drogues.

- La section 1 souligne la vulnérabilité des consommateurs de drogues au VIH et à d'autres maladies infectieuses.
- La section 2 présente l'ensemble complet d'interventions de réduction des méfaits recommandées par l'OMS et d'autres partenaires.
- La section 3 fournit de plus amples détails sur la mise en œuvre de certaines composantes de l'ensemble complet d'interventions : programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (PAS), thérapie de substitution aux opiacés (TSO), prise en charge des overdoses, prophylaxie préexposition (PrEP), traitement antirétroviral (TAR) et interventions pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hépatite C.
- La section 4 décrit des approches d'intégration de la réduction des méfaits aux propositions de financement.
- La section 5 propose une liste de publications, d'organisations et de réseaux de consommateurs de drogues qui peuvent être utiles pour préparer des propositions et bénéficier d'un appui technique dans le cadre de la programmation. Des publications portant sur des domaines spécifiques sont également mentionnées dans le corps du présent document et référencées dans les notes de bas de page.

Consommation de drogues et vulnérabilité au VIH et à d'autres maladies

Le [rapport mondial sur les drogues](#) (2019) estime qu'en 2017, 271 millions de personnes dans le monde (201 millions – 341 millions) avaient consommé des drogues au moins une fois au cours de l'année précédente¹. Parmi elles, 11,3 millions (8,9 millions – 15 millions) consommaient des drogues par injection⁵.

La pénalisation de la consommation de drogues et les pratiques d'application de la loi associées augmentent la vulnérabilité, freinent l'accès aux services et font partie des facteurs qui favorisent les épidémies de VIH, d'hépatite C (VHC) et de tuberculose chez les consommateurs de drogues². Dans de nombreuses parties du monde, les consommateurs de drogues injectables n'ont pas accès aux services de santé et à un soutien essentiels, notamment à la fourniture de matériel stérile, au traitement antirétroviral, à la thérapie de substitution aux opiacés³ et à la naxolone, l'antidote aux overdoses par opiacés. Cela les contraint souvent à partager et réutiliser du matériel comme des aiguilles et des seringues et les expose, eux-mêmes et leurs partenaires sexuels et d'injection, à un risque élevé d'infection à VIH mais aussi d'overdose et de décès, entre autres dangers.

La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables est estimée à 12,7 pour cent, suggérant que 1,4 million d'entre eux vivent avec le VIH⁵. Ce groupe de population représentait neuf pour cent des nouvelles infections à VIH dans le monde en 2017 mais ce chiffre variait considérablement selon les régions. Il atteignait 39 pour cent en Europe de l'Est et en Asie centrale et 38 pour cent au Moyen-Orient et en Afrique du Nord⁵. Les personnes vivant avec le VIH immunosupprimées sont également très exposées à la tuberculose, en particulier quand elles vivent dans la promiscuité, par exemple en prison ou dans d'autres lieux de détention⁴. Les programmes financés par le Fonds mondial dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (Afrique du Sud, Bénin, Côte d'Ivoire, Kenya, Mozambique, Nigéria, Sénégal et Togo) ont identifié une hausse de la consommation de drogues et des pratiques d'injection⁵.

Les consommateurs de drogues injectables sont encore plus vulnérables au VHC qu'au VIH. Au niveau mondial, près de la moitié d'entre eux vivent avec le VHC et on estime que 23 à 39 pour cent des nouvelles infections par le VHC sont imputables à l'utilisation de drogues injectables^{6,7}. Quarante-deux pour cent des consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH seraient aussi infectés par le VHC ; ils sont cependant peu nombreux à bénéficier d'un traitement contre le VHC, en raison d'obstacles politiques, réglementaires et financiers⁵.

¹ ONUDC (2019). [World Drug Report 2019](#).

² PNUD (2012). [Risques, droits et santé : Rapport de la Commission mondiale sur le VIH et le droit](#).

³ Cette note d'information utilise l'expression « thérapie de substitution aux opiacés » (TSO) mais il existe d'autres appellations, notamment « traitement assisté par médicament » (TAM) ou « traitement de substitution à la méthadone » (TSM).

⁴ L'expression « prisons et autres lieux de détention » désigne tous les lieux de détention d'un pays et le terme « détenus » désigne toutes les personnes détenues dans les structures de la justice pénale et les prisons (hommes et femmes adultes et mineurs) pendant l'instruction d'une affaire, dans l'attente d'un procès, après la condamnation, avant et après le prononcé d'une peine.

⁵ Voir aussi ONUDC (2018). [Drug Use in Nigeria 2018](#).

⁶ OMS (2017). [Global Hepatitis Report, 2017](#).

⁷ Trickey A. *et al.* (2019). The contribution of injection drug use to hepatitis C virus transmission globally, regionally, and at country level: a modelling study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* ; 4(6):435-44.

Les consommateurs de drogues injectables sont vulnérables de plusieurs manières à l'infection *Mycobacterium tuberculosis*⁸. Une étude de 2017 portant sur les consommateurs de drogues injectables en Californie a montré que la prévalence de cette infection était de 23,6 pour cent, avec un taux de co-infection tuberculose/VIH de 0,8 pour cent et un taux de co-infection tuberculose/VHC de 81,7 pour cent⁹. La consommation de drogues fragilise le système immunitaire et augmente la vulnérabilité à la tuberculose. Elle est également souvent associée au sans-abrisme, à l'alcoolisme, au tabagisme et à l'incarcération, et tous ces facteurs augmentent le risque de contracter la tuberculose¹⁰.

Les interventions de prévention du VIH auprès des consommateurs de drogues se concentrent plutôt sur les utilisateurs de drogues injectables, en raison du risque d'infection substantiel lié au partage de matériel d'injection. Toutefois, d'autres formes de consommation de drogues peuvent aussi être associées au risque de VIH et il convient de les inclure dans les interventions de réduction des méfaits. L'utilisation de drogues stimulantes et des « nouvelles substances psychoactives », administrées par injection ou par d'autres voies, présente des risques et peut jouer un rôle dans la transmission du VIH par voie sexuelle, en réduisant les inhibitions et en amenant certaines personnes à avoir des rapports sexuels non protégés, à augmenter la fréquence ou la durée de l'activité sexuelle et à multiplier les rencontres sexuelles occasionnelles⁵. Le « chemsex » (l'utilisation de drogues stimulantes pour faciliter, prolonger ou améliorer les rapports sexuels) est lié à des comportements sexuels qui augmentent le risque de transmission du VIH et du VHC^{11,12}. Il pourrait contribuer à l'augmentation rapide de la prévalence du VIH constatée chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans certains pays asiatiques (Indonésie et Malaisie, par exemple) depuis 2010.

Les travailleuses et travailleurs du sexe font également partie des populations-clés exposées au risque de VIH et vulnérables car ils peuvent être contraints à consommer des drogues avec leurs clients et ont par conséquent moins de contrôle sur les pratiques sexuelles sans risque¹⁵.

Dans le cadre des ripostes nationales au VIH, il est essentiel mais souvent très compliqué de prévenir le VIH et d'autres méfaits chez les consommateurs de drogues et de fournir à ces derniers des services de santé fondés sur des éléments probants. Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, ces populations ont un accès limité et inéquitable aux services de prévention et de traitement du VIH^{13,14}. Dans les prisons et autres lieux de détention du monde entier – où les consommateurs de drogues sont surreprésentés – l'accès à des services complets de prévention, de traitement et de soins du VIH est encore plus limité, bien que la consommation de drogues soit une réalité dans ces environnements¹⁵ et en dépit d'une prévalence du VIH et du VHC beaucoup

⁸ Partenariat Halte à la tuberculose. (2015) [Key Populations Brief: People Who Use Drugs](#).

⁹ Armenta R. F. *et al.* (2017). *Mycobacterium tuberculosis* infection among persons who inject drugs in San Diego, California. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* ; 21(4):425-31.

¹⁰ OMS (2016). Integrating Collaborative TB and HIV Services within a Comprehensive Package of Care for People who Inject Drugs: Consolidated Guidelines. Voir aussi TB CAB (2017). [Injection drug users fall through the gaps in India's TB program](#).

¹¹ ONUDC (2019). [HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs: Technical Guide](#).

¹² Pour en savoir plus sur le chemsex, voir les sites web et les publications de Mainline à l'adresse <https://english.mainline.nl/posts/show/8360/chemsex>.

¹³ Larney S. *et al.* (2017). [Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review](#). *Lancet Global Health* ; 5:e1208-20.

¹⁴ Degenhardt L. *et al.* (2017). [Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review](#). *Lancet Global Health* ; 5:e1192-207.

¹⁵ Dolan K. *et al.* (2015). [People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention](#). *International Journal of Drug Policy* ; 26(suppl 1):S12-S15.

plus élevée parmi les consommateurs de drogues injectables incarcérés que chez les autres détenus².

La couverture des interventions de réduction des méfaits visant les consommateurs de drogues injectables reste faible presque partout dans le monde. Moins d'un pour cent de cette population vit dans des environnements bien couverts par les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et la thérapie de substitution aux opiacés¹⁶. Des PAS ne sont mis en œuvre que dans 93 des 179 pays et territoires où l'utilisation de drogues injectables est avérée, et même dans ces pays, chaque consommateur de drogues injectables ne reçoit en moyenne que 33 aiguilles et seringues par an. Au niveau de la population, le matériel qui devrait être disponible au sein de la communauté pour empêcher l'utilisation de matériel ayant déjà servi est très loin d'être suffisant²⁰. De même, la thérapie de substitution aux opiacés n'est mise en œuvre que dans 86 pays et territoires, et un faible pourcentage seulement des personnes dépendantes aux opiacés cherchant à se faire soigner reçoivent un traitement²⁰.

L'examen et la révision de la législation et des politiques peuvent faciliter l'accès aux services et réduire la vulnérabilité au VIH et au VHC. Les efforts consistent notamment à dépénaliser la consommation et la possession de drogues pour usage personnel, comme le recommandent l'ONUSIDA¹⁷ et l'OMS². Ce type de réforme politique en matière de drogues peut contribuer à créer un environnement favorable à une programmation efficace de lutte à grande échelle contre le VIH et le VHC, améliorer la santé, réduire la transmission de maladies infectieuses comme le VIH, faire baisser la population carcérale et le recours abusif aux forces de l'ordre. Pour plus d'informations, voir l'[outil IDUIT](#).

Qu'est-ce que la réduction des méfaits ?

Harm Reduction International¹⁸ définit comme suit la « réduction des méfaits » :

« des politiques, programmes et pratiques qui visent à réduire au minimum les effets néfastes, sur les plans sanitaire, social et juridique, associés à la consommation de drogues, aux politiques et à la législation en matière de drogues. La réduction des méfaits est fondée sur la justice et les droits humains – elle se concentre sur le changement positif et le travail avec les personnes, sans jugement, coercition, discrimination ou conditionnement d'un soutien à l'arrêt préalable de la consommation de drogues ».

Le rapport de l'ONUSIDA [Health, Rights and Drugs: Harm Reduction, Decriminalization and Zero Discrimination for People Who Use Drugs](#) (2019) fait remarquer ceci :

« Diverses études montrent que des services complets de réduction des méfaits — notamment les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, le traitement de la dépendance à la drogue, la prévention des overdoses avec la naloxone, le dépistage et le traitement du VIH, de la tuberculose et des hépatites B et C — font baisser l'incidence des infections transmissibles par le sang, la consommation problématique de drogues, les décès par overdose et d'autres méfaits. »²¹

L'ensemble complet d'interventions liées au VIH et de réduction des méfaits

¹⁶ Harm Reduction International (2018). [The Global State of Harm Reduction 2018](#).

¹⁷ ONUSIDA (2019). [Health, Rights and Drugs: Harm Reduction, Decriminalization and Zero Discrimination for People Who Use Drugs](#).

¹⁸ Harm Reduction International (2019). [What is Harm Reduction?](#) [site web].

Les [Lignes directrices unifiées pour les populations clés](#) publiées par l'OMS décrivent un ensemble complet d'interventions dont la mise en œuvre est essentielle pour faire reculer l'infection à VIH et d'autres maladies infectieuses transmissibles par le sang parmi les consommateurs de drogues injectables². Cet ensemble inclut les interventions de réduction des méfaits suivantes :

Réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues

- Tous les membres des populations-clés qui consomment des drogues par injection devraient avoir accès à un matériel d'injection stérile dans le cadre de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues.
- Tous les membres des populations-clés ayant acquis une dépendance aux opiacés devraient recevoir et avoir accès à la thérapie de substitution aux opiacés.
- Tous les membres des populations-clés ayant une consommation nuisible d'alcool ou d'autre substance devraient avoir accès à des interventions fondées sur des preuves, notamment de brèves interventions psychosociales impliquant une évaluation, une rétroaction précise et des conseils.
- Les personnes susceptibles d'être les témoins d'une scène d'overdose d'opiacés devraient avoir accès à la naloxone et être instruites sur son utilisation dans le cadre de la gestion d'un cas d'urgence lié à une overdose soupçonnée d'opiacés.

Les recommandations suivantes de l'OMS concernent l'ensemble des populations-clés, y compris les consommateurs de drogues :

a) Interventions essentielles du secteur de la santé

- Prévention du VIH (préservatifs, lubrifiants, prophylaxie préexposition, prophylaxie post-exposition)
- Réduction des méfaits (programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, thérapie de substitution aux opiacés, naloxone comme indiqué ci-dessus)
- Dépistage du VIH et conseil
- Traitement et prise en charge du VIH (TAR, prévention de la transmission de la mère à l'enfant)
- Prévention et gestion des co-infections et autres co-morbidités, y compris l'hépatite virale, la tuberculose et les problèmes de santé mentale
- Interventions de santé sexuelle et génésique (dépistage, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles, accès à diverses options en matière de reproduction, lois et services relatifs à l'avortement, dépistage du cancer du col de l'utérus, soins préalables à la conception et de grossesse)

b) Principales stratégies pour la création d'un environnement favorable

- Lois antidiscriminatoires et protectrices pour combattre la stigmatisation et la discrimination

- Examen et révision des lois, politiques et pratiques (notamment la dépénalisation de la consommation et de la possession de drogues pour usage personnel)
- Services de santé disponibles, accessibles et acceptables pour les populations-clés
- Autonomisation accrue des communautés
- Lutte contre la violence à l'égard des membres des populations-clés

L'efficacité et le rapport coût/efficacité de ces interventions pour prévenir le VIH et d'autres méfaits sont prouvés scientifiquement depuis longtemps¹⁹.

L'impact le plus marqué sera obtenu en mettant en œuvre ensemble toutes les interventions de l'ensemble complet mais, pour les consommateurs de drogues injectables, les candidats devraient donner la priorité aux programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, à la thérapie de substitution aux opiacés ainsi qu'au dépistage et au traitement du VIH et de l'hépatite². La section 3 donne plus de détails sur ce point.

Considérations essentielles relatives aux interventions retenues

3.1 Programmes de distribution d'aiguilles et de seringues

Assurer la fourniture d'une gamme complète de matériels d'injection stériles :

- Les aiguilles et les seringues devraient être appropriées au contexte local de consommation de drogue, déterminé en concertation avec les consommateurs de drogues injectables, même si ces matériels ne sont pas les moins coûteux disponibles sur le marché.
- Les services devraient fournir une gamme d'aiguilles et de seringues, notamment des seringues à faible volume mort, si possible : celles-ci réduisent la quantité de sang résiduelle une fois que le piston a été complètement enfoncé et font baisser le risque de contracter des maladies transmissibles par le sang, et seront privilégiées par certains consommateurs de drogues injectables²⁰.
- Le Fonds mondial et l'OMS déconseillent l'utilisation de seringues rétractables ou autodestructibles dans les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues.

Envisager la distribution d'autres fournitures importantes pour réduire les méfaits pour les consommateurs de drogues injectables, notamment des collecteurs de matériel usagé, des filtres, de l'eau stérile, des ustensiles de cuisine à usage unique, des acidifiants en poudre, des garrots, de l'iode et des compresses pour soigner les plaies, et des préservatifs masculins et féminins. Pour plus de détails, voir le document de l'OMS [Guide to Starting and Managing Needle and Syringe Programmes](#) (2007).

¹⁹ OMS (2004). [Evidence for Action: Effectiveness of Community-based Outreach in Preventing HIV/AIDS among Injecting Drug Users](#).

²⁰ Zule W. *et al.* (2013). [Are major reductions in new HIV infections possible with people who inject drugs? The case for low dead-space syringes in highly affected countries](#). *International Journal of Drug Policy* ; 24(1):1-7.

Les modèles de distribution ne doivent pas exiger un échange « unitaire » : Les bénéficiaires d'un programme de distribution d'aiguilles et de seringues devraient toujours être encouragés à rapporter le matériel d'injection usagé au programme ou au service mobile mais sans que cela conditionne la fourniture de matériel neuf. Ils devraient également disposer de l'information et des fournitures leur permettant d'éliminer eux-mêmes le matériel usagé, de façon sûre.

Envisager la prestation de services différenciée : Cette démarche peut contribuer à assurer la meilleure couverture possible par les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues. Elle peut combiner la prestation sur sites fixes, dans les pharmacies, dans les dispensaires mobiles, de proximité, dans le cadre de services de santé associés (services de santé sexuelle et génésique et consultations d'observance des traitements antirétroviraux, par exemple) et la distribution secondaire de seringues. Les réseaux de consommateurs de drogues injectables peuvent être efficaces pour amener de nouveaux clients à rejoindre les programmes de distribution, par exemple si un programme fournit à un client actif une grande quantité de seringues à distribuer à ses pairs. Cela peut améliorer l'accès au matériel d'injection stérile de personnes qui souhaitent rester anonymes ou qui ne peuvent pas se rendre sur un lieu de prestation de services. Pour plus d'informations, voir la [Note d'information sur le VIH](#) du Fonds mondial.

Mettre en place un protocole pour la collecte et l'élimination des aiguilles et seringues usagées : Il est important que les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues prennent des mesures permettant de rapporter ou de déposer facilement les seringues usagées, par exemple en installant des boîtes de collecte sécurisées dans les zones à risque. Cela est important pour la santé publique mais améliorera aussi l'acceptabilité de la réduction des méfaits par la communauté au sens large.

Veiller à la sécurité du personnel : Cette question est primordiale pour les travailleurs de proximité sur le terrain et le personnel des centres de consultation. Les travailleurs de proximité ou les travailleurs pairs fréquentent souvent des bâtiments abandonnés, des bidonvilles, des forêts et d'autres lieux qui peuvent être dangereux. Le risque de blessure par piqûre existe aussi pendant les interventions de proximité. Dans les centres de consultation, des clients sous l'emprise de stimulants ou de drogues multiples (polyconsommation) peuvent se montrer violents. Les prestataires de services de réduction des méfaits peuvent être ciblés par les forces de l'ordre et faire l'objet de harcèlement et d'abus, en particulier lorsque des politiques punitives en matière de drogues sont en vigueur. Tous les maîtres d'œuvre de programmes sont encouragés à élaborer une politique de santé et de sécurité au travail pour l'organisation, qui devrait prévoir des procédures d'urgence, des points de contact médical et une prophylaxie post-exposition pour tout le personnel qui en a besoin.

Pour plus d'informations sur les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, voir le document de l'OMS [Guide to Starting and Managing Needle and Syringe Programmes](#), le document de l'ONUDC [Handbook for Starting and Managing Needle and Syringe Programmes in Prisons and Other Closed Settings](#) (2014) et l'[outil IDUIT](#).

3.2 Thérapie de substitution aux opiacés

Élaborer une directive clinique nationale pour la fourniture d'une thérapie de substitution aux opiacés : Cette directive devrait être basée sur les données factuelles et les lignes directrices

mondiales, notamment pour le dosage et la durée de la thérapie^{2,21}. Il est important que les restrictions imposées aux établissements dispensant cette thérapie ne soient pas contraignantes au point d'empêcher l'ouverture de centres ou d'établissements satellites favorisant l'intensification de cette thérapie.

Développer les formations : Celles-ci devraient être dispensées au personnel médical et non médical des établissements proposant une thérapie de substitution aux opiacés, avant et pendant la mise en œuvre du programme. Les forces de l'ordre devraient être informées de l'existence du programme, pour éviter qu'elles harcèlent les clients ou les empêchent d'accéder aux services.

Proposer un soutien psychosocial aux patients recevant une thérapie de substitution aux opiacés : L'expérience acquise en matière de programmes montre que proposer un soutien psychosocial améliore la rétention des patients et l'efficacité de la thérapie de substitution aux opiacés. Lorsque cela est possible, les programmes devraient fournir un soutien et des conseils par les pairs pour gérer les problèmes liés aux effets secondaires, à l'emploi, au logement, à l'accès, au transport, etc.²⁵ Les meilleurs services dépistent également et s'efforcent de prendre en charge les problèmes de santé mentale courants que rencontrent certains consommateurs de drogues.

Faciliter la mise à disposition de doses à prendre à la maison pour les patients afin d'améliorer l'observance et l'efficacité de la thérapie de substitution aux opiacés, en particulier pour les personnes qui ne vivent pas à proximité de l'établissement dispensant cette thérapie, ou qui ont un emploi, des enfants ou d'autres responsabilités ne leur permettant pas de se rendre quotidiennement dans cet établissement.

Envisager la prestation de services différenciée : La thérapie de substitution aux opiacés peut être délivrée par l'intermédiaire de centres de santé primaire, de centres de consultation gérés par des ONG fréquentés par des consommateurs de drogues, de dispensaires mobiles ou de pharmacies, pour rendre les services aussi efficaces, utiles et à bas seuil que possible dans chaque contexte. Pour plus d'informations, voir la [Note d'information sur le VIH](#) du Fonds mondial.

Pour en savoir plus, voir le document [Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence](#) (2009) de l'OMS.

3.3 Prise en charge des overdoses

Les [Lignes directrices unifiées pour les populations clés](#) publiées par l'OMS (2016) incluent la prise en charge des overdoses aux opiacés avec la distribution de naloxone au niveau communautaire, ce qui constitue un ajout important à l'ensemble d'interventions initialement décrit dans [l'outil fixant des objectifs](#) (OMS/ONUSIDA/ONUDDC, 2012)². L'overdose reste l'une des principales causes de décès des consommateurs de drogues injectables. Les interventions pour la prévention et la prise en charge des overdoses aux opiacés avec la fourniture de naloxone sont particulièrement importantes pour cette population². La naloxone peut être administrée par les premiers intervenants, qu'il s'agisse de personnel médical ou non médical. Il est attesté, dans le monde entier, que la distribution communautaire de naloxone aux pairs et aux membres de la famille dans le cadre d'initiatives de proximité prévient efficacement les décès par overdose aux opiacés²². La prise en

²¹ OMS (2009). [Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence](#).

²² OMS (2014). [Community Management of Opioid Overdose](#).

charge des overdoses – notamment en garantissant l'accès à la naloxone – devrait par conséquent être une composante essentielle des services de réduction des méfaits.

Les personnes sortant de prison ou d'établissements de traitement par abstinence sont très exposées au risque d'overdose et devraient avoir accès prioritairement à la naloxone²⁶. De plus, une étude suggère que les consommateurs de drogues vivant avec le VIH ont une probabilité de faire une overdose supérieure de 74 pour cent par rapport à ceux n'ayant pas contracté le virus²³. Les candidats sont donc vivement encouragés à envisager des interventions peu coûteuses comme :

- la réforme des modalités limitant la distribution ou l'administration de naloxone ;
- la fourniture de naloxone avant la sortie de prison ou d'un autre lieu de détention ;
- la distribution communautaire de naloxone aux consommateurs de drogues injectables, à leurs pairs et aux membres de leur famille ;
- la formation des pairs, des familles et du personnel à la prise en charge des overdoses ;
- le renforcement de la réponse aux overdoses par les services de santé d'urgence ;
- des ateliers de plaidoyer pour veiller à ce que les pratiques de maintien de l'ordre n'entravent pas la fourniture de naloxone sur le terrain.

Pour en savoir plus, voir les lignes directrices de l'OMS dans le document [Community Management of Opioid Overdose](#) (2014).

3.4 Prophylaxie préexposition (PrEP)

L'OMS recommande de proposer la PrEP à toutes les personnes exposées à un risque substantiel de contracter le VIH²⁴, dans le cadre d'une combinaison d'approches préventives. Il faut souligner que les interventions de prévention du VIH prioritaires pour les consommateurs de drogues injectables – programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, thérapie de substitution aux opiacés, dépistage et traitement du VIH et du VHC – ne devraient pas être remplacées par la PrEP. Les candidats devraient envisager de proposer la PrEP en plus de ces interventions prioritaires, en particulier pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle entre les consommateurs de drogues et leurs partenaires sexuels². Pour plus d'informations sur le point de vue de l'INPUD (Réseau international des usagers de drogues) concernant la PrEP, voir [An Introduction to Pre-Exposure Prophylaxis \(PrEP\) for People Who Inject Drugs: Pros, Cons and Concerns](#) (2015).

3.5 Traitement antirétroviral

Les consommateurs de drogues séropositifs au VIH ont les mêmes besoins d'accès au TAR et au soutien à l'observance que toute autre population. Il est donc essentiel, lors de la conception des programmes, d'envisager la mise en relation des consommateurs de drogues séropositifs au VIH avec des services de TAR et d'assurer un soutien à l'observance, pour garantir que ces services sont accessibles et acceptables pour les consommateurs de drogues. Pour plus d'informations, voir

²³ Green T. C. *et al.* (2012). [HIV infection and risk of overdose: a systematic review and meta-analysis](#). *AIDS* ; 26(4):403-17.

²⁴ Pour l'OMS, un « risque substantiel » correspond à une incidence du VIH dans la population supérieure à trois pour cent.

le document de l'OMS [Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection](#) (2016).

3.6 Hépatite virale

Il existe de fortes synergies entre VIH et VHC, et le dépistage ainsi que la prise en charge du VHC amélioreront les résultats en matière de santé publique, y compris pour le VIH. Les taux de co-infection VIH/VHC sont particulièrement élevés chez les consommateurs de drogues injectables et on estime qu'environ 39 pour cent des nouvelles infections par le VHC dans le monde sont imputables à l'utilisation de drogues injectables¹¹. La prévention, le diagnostic et le traitement des hépatites B et C (et la vaccination contre l'hépatite B) font partie de l'ensemble complet d'interventions de l'OMS et devraient être proposés. Les lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement de l'hépatite virale^{25,26} et pour la prévention de l'hépatite chez les consommateurs de drogues injectables²⁷ recommandent de proposer le dépistage et le traitement du VHC aux consommateurs de drogues injectables, en priorité et sans restrictions. Il est important de noter que la réduction des méfaits telle qu'elle est définie ci-dessus a un impact considérable en termes de prévention du VIH et de l'hépatite virale. La politique du Fonds mondial autorise l'inclusion de l'ensemble complet de services de réduction des méfaits dans les demandes de financement, y compris le dépistage et le traitement du VHC. L'OMS préconise de traiter toutes les personnes présentant une infection chronique au VHC (75 pour cent environ des personnes porteuses d'anticorps) avec des antiviraux à action directe (AAD) pangénotypiques, pendant 12 à 24 semaines. Le taux de guérison global obtenu avec ces traitements est de 95 pour cent. Le coût des médicaments et du diagnostic pour la prise en charge du VHC – dépistage des anticorps, test confirmatoire de la charge virale, bilan hépatique, traitement et contrôle de guérison – peut être de 100 dollars US seulement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les ressources du Fonds mondial peuvent être mobilisées pour intensifier les efforts de prévention, de dépistage et de prise en charge du VHC et pour soutenir le plaidoyer en faveur d'un traitement accessible et abordable, en particulier dans les contextes où elles constituent un investissement à effet catalyseur pour soutenir les réglementations, l'enregistrement et les achats au niveau local.

Intégrer des interventions de réduction des méfaits aux propositions destinées au Fonds mondial

Cette section présente les éléments clés des approches de réduction des méfaits qui devraient faire partie des propositions adressées au Fonds mondial, à commencer par les catalyseurs essentiels cités dans les [Lignes directrices unifiées pour les populations clés](#) de l'OMS. Elle traite ensuite de la programmation tenant compte du genre et de l'âge, de la fourniture de services dans les prisons et autres lieux de détention et évoque les inquiétudes que suscitent les centres de détention obligatoire pour les consommateurs de drogues. Enfin, elle aborde la question de l'utilisation des

²⁵ OMS (2017). [Guidelines on Hepatitis B and C Testing](#).

²⁶ OMS (2018). [Guidelines for the Care and Treatment of Persons Diagnosed with Chronic Hepatitis C Virus Infection](#).

²⁷ OMS (2012). [Guidance on Prevention of Viral Hepatitis B and C among People Who Inject Drugs](#).

données dans la planification et la conception des programmes et les problèmes d'échelle, de couverture et de pérennité.

4.1 Suppression des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès

Le Fonds mondial soutient sans réserve les démarches de prestation de services de santé fondées sur les droits humains et tenant compte du genre, notamment de services de réduction des méfaits et de services de lutte contre le VIH et la tuberculose pour les consommateurs de drogues. L'objectif stratégique n° 3 de sa stratégie pour 2017/2022 l'engage à « mettre en place puis intensifier des programmes visant à éliminer les obstacles en rapport avec les droits humains, qui empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et à promouvoir et protéger l'égalité de genre »²⁸. Les sept catégories de programmes reconnues par le Fonds mondial et l'ONUSIDA²⁹ pour combattre les obstacles en rapport avec les droits humains sont :

- la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;
- la fourniture de services juridiques et l'accès à la justice ;
- le contrôle et la réforme des réglementations, des politiques et des lois néfastes ;
- les programmes d'éducation juridique (« connaître ses droits ») ;
- la sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre ;
- la formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale ;
- la réduction de la discrimination à l'égard des femmes et de la violence fondée sur le genre.

De plus, le Fonds mondial a créé un groupe de travail d'experts de la tuberculose afin d'élaborer un ensemble de programmes relatifs aux droits humains essentiels dans le contexte de la tuberculose. Les programmes supplémentaires jugés particulièrement importants dans ce contexte sont :

- les programmes visant à garantir la confidentialité et le respect de la vie privée ;
- les programmes pour la mobilisation et l'autonomisation des groupes de patients et des groupes communautaires ;
- les programmes dans les prisons et autres lieux de détention.

Voici quelques exemples de programmes visant à lever les obstacles à l'accès liés aux droits humains :

- création de modules pour former les services de santé ou sociaux à la stigmatisation, à la discrimination et au respect du secret médical et de la vie privée, ces thèmes étant pertinents pour les consommateurs de drogues ;

²⁸ Le Fonds mondial (2016). [Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022 « Investir pour mettre un terme aux épidémies »](#).

²⁹ ONUSIDA (2012). [Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH](#).

- formations aux droits visant les prestataires de services de réduction des méfaits, ou fourniture d'un mécanisme de réponse d'urgence aux situations de crise lorsque la vie et le bien-être des consommateurs de drogues et des défenseurs des droits humains sont menacés ;
- programmes liés à la discrimination à l'égard des femmes et à la violence fondée sur le genre, notamment sensibilisation de la police et des législateurs, en particulier à l'égard des consommatrices de drogues, programmes d'autonomisation des femmes et des filles et services de soutien et d'orientation pour les victimes de violences fondées sur le genre ;
- modification des politiques pour garantir l'accès des jeunes aux services de réduction des méfaits sans autorisation des parents ou du tuteur ;
- soutien et renforcement des capacités de la société civile et des communautés pour défendre leurs droits en formant des coalitions et leur permettre de s'engager au niveau national et international ;
- suivi (piloté par les communautés et à assise communautaire en particulier) et signalement des violations des droits humains, ou recherches sur la stigmatisation et la discrimination auxquelles les consommateurs de drogues sont confrontés ;
- programmes de soutien par les pairs et d'assistance juridique pour améliorer l'accès à la justice ;
- réforme des lois et des politiques afin d'éliminer les sanctions punitives pour consommation personnelle de drogues, de mettre fin au traitement obligatoire et de fermer les centres de détention qui le pratiquent ou de modifier les pratiques d'application de la loi en vue de soutenir, plutôt qu'entraver, les services de réduction des méfaits ;
- contentieux stratégique au niveau local, national, régional ou international, incluant des mécanismes judiciaires et non judiciaires.

Les programmes peuvent être de nature générale ou cibler des groupes particuliers comme les jeunes, les consommatrices de drogues ou les travailleuses et travailleurs du sexe consommateurs de drogues.

Pour plus d'informations sur les prestations de services centrées sur les droits, notamment pour la réduction des méfaits, consulter les notes d'information techniques du Fonds mondial³⁰ sur [le VIH, les droits humains et l'égalité de genre](#) et sur [la tuberculose, le genre et les droits humains](#), ainsi que l'[outil IDUIT](#), les guides de l'ONUSIDA [Accélération de la riposte et droits de l'homme](#) (2017) et [Do No Harm: Health, Human Rights and Drugs](#) (2016) et le document de l'ONUSIDA [ALIV\(H\)E Framework on gender-based violence](#) (2017).

4.2 Réforme de la législation sur les drogues en vue de mettre fin à la pénalisation

La pénalisation des consommateurs de drogues contribue à la stigmatisation et à la discrimination constantes dont ces personnes sont l'objet. Elle entrave l'accès à des services de réduction des méfaits vitaux et empêche les consommateurs de drogues de se présenter pour en bénéficier, ce

³⁰ Dans cette note d'information technique, les liens hypertexte vers les publications du Fonds mondial pointent vers les versions en anglais mais beaucoup de ces documents sont également disponibles dans d'autres langues à l'adresse <https://www.theglobalfund.org/en/funding-model/applying/resources/>.

qui augmente leur vulnérabilité au VIH et à d'autres risques. Elle contribue également à l'incarcération de masse, une personne emprisonnée sur cinq dans le monde étant accusée de délits (souvent mineurs) liés à la drogue³¹. Les prisons et les autres lieux de détention surpeuplés aggravent les risques sanitaires associés à la consommation de drogues.

L'un des catalyseurs essentiels de l'OMS recommande que les pays examinent et révisent leur législation et qu'ils œuvrent à la dépénalisation de la consommation et de la possession de drogues pour usage personnel. Il est prouvé que la suppression des sanctions pénales dans ces situations améliore les résultats en termes de santé pour les consommateurs de drogues. Au Portugal par exemple, où la possession et l'utilisation de drogues illicites (dans les limites d'une réserve de consommation de 10 jours) sont dépénalisées depuis 2001, le taux d'incarcération, le VIH, les décès par overdose et d'autres risques sanitaires ont nettement reculé. La crainte d'une hausse de la consommation de drogues liée à la dépénalisation s'est avérée infondée, et le nombre de personnes accédant aux services de santé a augmenté. Beaucoup d'autres pays ont adopté des démarches de dépénalisation³².

La suppression des sanctions pénales pour la consommation et la possession de drogues à usage personnel est avalisée officiellement par les 31 institutions spécialisées des Nations Unies dans la [position commune du système des Nations Unies aux fins d'appuyer la mise en œuvre de la politique internationale de contrôle des drogues par une collaboration interinstitutions efficace](#) (2019), par laquelle celles-ci s'engagent :

« à promouvoir d'autres solutions que la condamnation et la sanction dans les cas qui s'y prêtent, notamment la dépénalisation de la possession de drogues à usage personnel, et le principe de la proportionnalité, agir contre la surpopulation carcérale et le recours excessif à l'incarcération de personnes accusées d'infractions liées à la drogue, appuyer la prise de mesures de justice pénale efficaces garantissant la légalité et la régularité des procédures, un accès rapide à l'assistance juridique et le droit à un procès équitable, et de mesures concrètes d'interdiction de l'arrestation arbitraire, de la détention arbitraire et de la torture ».

En plus des changements juridiques, des mesures visant à réformer les pratiques policières sont essentielles, comme encourager l'orientation vers des services de santé plutôt que le harcèlement, les demandes de pots-de-vin et les arrestations qui souvent dissuadent de se faire soigner.

La dépénalisation est un catalyseur essentiel pour réduire les risques et les méfaits sanitaires et sociaux associés à la consommation de drogues. Les pays sont donc vivement encouragés à investir dans le plaidoyer et dans des mesures pour changer les lois, politiques et pratiques en matière de drogues qui pénalisent et sanctionnent le comportement de toutes les populations-clés, y compris des consommateurs de drogues.

Ces activités de plaidoyer pourraient notamment prendre les formes suivantes :

- créer un comité national pour examiner les lois existantes en matière de drogues et recommander des modifications des politiques relatives aux drogues ;
- analyser les pratiques policières et faciliter l'exercice du pouvoir discrétionnaire de la police pour orienter les personnes qui le souhaitent vers des services de santé et de réduction des méfaits, au lieu de les arrêter ;

³¹ Nations Unies (2015). [Situation de la criminalité et de la justice pénale dans le monde. Rapport du Secrétaire général, Treizième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et la justice pénale.](#)

³² Release (2017). [A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation across the Globe.](#)

- renforcer les capacités locales de la société civile, des réseaux communautaires et des médias en matière de politique relatives aux drogues et de dépénalisation ;
- lancer une évaluation nationale ou une étude de faisabilité sur la dépénalisation ;
- œuvrer à changer les lois, réglementations et pratiques en vigueur qui imposent le traitement obligatoire ou la détention dans des lieux fermés ;
- sensibiliser les décideurs politiques, les chefs religieux, les forces de l'ordre et les responsables de la santé, les juges et les avocats et d'autres parties prenantes clés à la politique en matière de drogues et à ses effets sur la santé.

Pour plus d'informations, voir le document [International Guidelines on Human Rights and Drug Policy](#) (2019)³³ et la publication de l'ONUSIDA [Health, Rights and Drugs: Harm Reduction, Decriminalization and Zero Discrimination for People Who Use Drugs](#) (2019)²¹.

4.3 Des services conviviaux, à bas seuil et non moralisateurs

Les **programmes conviviaux** pour les consommateurs de drogues sont fondés sur les besoins de ces derniers, faciles d'accès et opérationnels aux heures et sur les lieux qui conviennent à leur public. Par exemple, un centre de traitement à la méthadone sera installé à proximité du lieu où vivent les consommateurs de drogues plutôt que dans un établissement de santé préexistant mais lointain.

De même, les programmes de dépistage et de traitement de la tuberculose devraient être conçus pour inclure les consommateurs de drogues et orienter vers d'autres services de réduction des méfaits dont ceux-ci pourraient avoir besoin. Pour plus d'informations, voir la [Note d'information sur la tuberculose](#) du Fonds mondial (2019) et les lignes directrices unifiées de l'OMS [Integrating Collaborative TB and HIV Services within a Comprehensive Package of Care for People Who Inject Drugs](#) (2016).

Les **services à bas seuil** se caractérisent par un nombre limité de règles et d'obstacles à l'accès, tels les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues à assise communautaire qui n'exigent pas l'échange unitaire de seringues. Inversement, un programme de thérapie de substitution aux opiacés sera considéré à haut seuil s'il impose des procédures d'enregistrement excessivement complexes et une analyse d'urine régulière, menace d'une interruption du traitement en cas de consommation de drogues, prodigue des conseils et autorise la seule consommation sur site (au lieu de proposer des doses à emporter chez soi), même pour des patients stables depuis longtemps. De même, la facturation au patient du diagnostic nécessaire pour accéder à une thérapie de substitution aux opiacés – même si le médicament lui-même est gratuit – peut être un obstacle de taille pour les personnes voulant démarrer un traitement pour soigner leur dépendance. De tels services se caractérisent souvent par un faible taux d'adhésion ou un taux d'abandon élevé parmi les patients.

Les **programmes non moralisateurs** ne pratiquent aucune discrimination envers les clients fondée sur leurs actes ou leur consommation de drogues. Par exemple, si un service réprimande un patient sous méthadone chaque fois qu'il déclare « compléter » sa méthadone avec une autre drogue, le patient en question risque de ne plus revenir et de ne plus fournir ce genre d'information. Si, au contraire, le programme utilise cette information pour améliorer le service (par exemple en ajustant le dosage de la méthadone), le patient en tire profit et l'efficacité du programme s'améliore. Les services devraient être conçus pour attirer les consommateurs de drogues diverses, et il faudra peut-

³³ PNUD et Centre international sur les droits de l'homme et les politiques en matière de drogues (2019). [International Guidelines on Human Rights and Drug Policy](#).

être mettre en place des approches spécifiques pour atteindre les consommateurs de drogues stimulantes ou de nouvelles substances psychoactives.

Les **salles de consommation de drogues** sont des établissements de soins supervisés par des professionnels où il est possible de consommer des drogues illicites dans un environnement sûr. Elles sont un exemple de service de réduction des méfaits convivial, à bas seuil et sans préjugés. Il est prouvé qu'en supprimant le risque d'injection avec du matériel non stérile, en prévenant les décès par overdose et en orientant vers d'autres services, ces salles sont efficaces pour la réduction des méfaits^{34,35}.

Les évaluations du contexte de consommation de drogues sont généralement le meilleur moyen d'identifier la nature des services qu'il faudrait développer, ainsi que les lieux et modalités de prestation pour en faire des services conviviaux, à bas seuil et sans préjugés. S'assurer que les consommateurs de drogues, en particulier les femmes et les jeunes consommateurs de drogues injectables, sont associés au processus de conception et d'évaluation facilitera l'identification et la résolution des difficultés de programmation potentielles. Les programmes devraient également s'assurer qu'il existe des liens avec d'autres services nécessaires, en particulier des services de santé sexuelle et génésique, le TAR pour les personnes séropositives au VIH et le dépistage et le traitement de la tuberculose pour les cas présumés de tuberculose.

Des **formations régulières** portant sur le VIH, les principes de réduction des méfaits, le VHC, la tuberculose, les overdoses, une consommation de drogue plus sûre et d'autres services sanitaires et sociaux pouvant être utiles aux consommateurs de drogues devraient être programmées et mises en œuvre pour tout le personnel. Les obstacles à l'accès, la prise en compte de l'âge, du genre et de l'appartenance ethnique, les évolutions du monde et des marchés de la drogue, la polyconsommation de drogues et la prévention du burnout au sein du personnel devraient aussi être abordés dans les formations.

4.4 Implication communautaire et renforcement des systèmes communautaires

Les consommateurs de drogues devraient être soutenus pour participer de manière significative à la prise de décision relative aux programmes, à la planification et à la fourniture des services de réduction des méfaits. Ce sont les communautés et les organisations de la société civile, y compris les organisations de consommateurs de drogues dirigées par des pairs, qui assurent le mieux la fourniture des services qui leur sont destinés. Les consommateurs de drogues et les personnes bénéficiant d'une thérapie de substitution aux opiacés peuvent être impliqués en tant que conseillers, travailleurs de proximité, intervenants pivots, responsables de l'aide au traitement et évaluateurs de programmes. Les programmes devraient mettre en place des systèmes pour assurer un retour d'information régulier des usagers des services.

Le renforcement des systèmes communautaires est une démarche de définition des rôles des principales communautés (comme les consommateurs de drogues) et organisations communautaires dans la conception, la fourniture, le suivi et l'évaluation des services et des interventions. L'objectif est de créer des organisations et des structures communautaires compétentes et coordonnées pour renforcer l'efficacité à long terme et la pérennité des interventions sanitaires et structurelles. Les candidats sont vivement encouragés à inclure des interventions de renforcement des systèmes communautaires dans leurs propositions. Les activités de renforcement des systèmes communautaires doivent être dotées de ressources pour appuyer un engagement et une autonomisation communautaires complets et significatifs. Pour plus d'informations, voir la [note](#)

³⁴ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2017). [Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités.](#)

³⁵ Harm Reduction International (2018). [Drug Consumption Rooms: Global State of Harm Reduction 2018 Briefing.](#)

[d'information](#) (2019) et la [note d'information technique](#) (2016) du Fonds mondial sur le renforcement des systèmes communautaires.

La participation significative des consommateurs de drogues aux programmes de réduction des méfaits peut être intégrée de plusieurs autres manières :

- Il est vivement recommandé aux instances de coordination nationale d'associer les consommateurs de drogues et leurs organisations aux dialogues au niveau du pays, à la conception des projets, à l'élaboration des propositions, à la mise en œuvre et au suivi stratégique des programmes. Les maîtres d'œuvre des programmes du Fonds mondial veilleront à ce que ces représentants bénéficient du soutien et du renforcement des capacités nécessaires pour participer activement et puissent donner leur point de vue sans crainte de représailles. Lorsque les consommateurs de drogues ne souhaitent pas être identifiés publiquement comme tels, les maîtres d'œuvre devraient examiner les moyens de faciliter leur participation en respectant leur anonymat³⁶.
- Les pays devraient s'assurer que les partenaires mettant en œuvre des projets désignent des consommateurs de drogues pour suivre et superviser les programmes, gérer les consultations communautaires et s'impliquer dans la conception et la mise en œuvre d'évaluations des programmes.
- Les pays devraient soutenir le développement de réseaux de consommateurs de drogues indépendants au niveau national et local. Des financements devraient être alloués, notamment pour l'administration/la logistique et les programmes.

4.5 Programmation tenant compte du genre et de l'âge

Dans de nombreux pays, les consommatrices de drogues éprouvent des difficultés disproportionnées à accéder à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH, ainsi qu'aux services liés à la tuberculose³⁷. Leur taux d'infection à VIH est souvent plus élevé que celui de leurs homologues masculins³⁸. Les partenaires sexuels des hommes consommateurs de drogues injectables peuvent aussi être très vulnérables au VIH³⁹.

Les femmes enceintes, consommatrices de drogues et vivant avec le VIH sont souvent exclues des soins prénatals et présentent donc un risque significativement plus élevé de transmission de la mère à l'enfant⁴⁰, tout en étant plus vulnérables à d'autres problèmes de santé pendant leur grossesse. Il leur faut des services de réduction des méfaits adaptés à leurs besoins.

Dans la mesure du possible, les candidats devraient collecter des données ventilées par genre pour éclairer les lacunes des services pour la réduction des méfaits, l'épidémiologie du VIH, du VHC et

³⁶ Le Fonds mondial (2019). [Directives concernant les critères d'admissibilité 1 et 2 des instances de coordination nationale](#).

³⁷ ONUDC (2016). [Addressing the Specific Needs of Women Who Inject Drugs: Practical Guide for Service Providers on Gender-responsive HIV Services](#).

³⁸ Larney S. *et al.* (2015). [Global epidemiology of HIV among women and girls who use or inject drugs: current knowledge and limitations of existing data](#). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* ; 69(Suppl 2):S100-9.

³⁹ OMS, ONUSIDA (2010). [Lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations les plus exposées au VIH](#).

⁴⁰ Commission globale de politique en matière de drogues (2012). [The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic](#).

de la tuberculose, et l'accès aux services à tous les niveaux de la cascade des soins, toujours dans le respect du principe clé « ne pas nuire »⁴¹.

Voici quelques exemples d'activités programmatiques tenant compte du genre et destinées aux personnes qui consomment des drogues :

- espaces sûrs pour les consommatrices de drogues (distincts des espaces centrés sur les hommes) ;
- garde d'enfants gratuite dans les centres de consultation ou en lien avec ceux-ci ;
- disponibilité de travailleuses et de travailleurs de proximité ;
- intégration des services de réduction des méfaits aux services de santé sexuelle et génésique ;
- soutien de l'accès des femmes aux services de réduction des méfaits dans les prisons et autres lieux de détention, sur un pied d'égalité avec les hommes ;
- soutien de l'accès à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant pour les femmes enceintes consommatrices de drogues, y compris dans les prisons et autres lieux de détention ;
- liens avec des services de lutte contre la violence fondée sur le genre ;
- services adaptés aux consommatrices de drogues qui sont aussi des travailleuses du sexe ;
- soutien de l'accès des femmes enceintes consommatrices de drogues à la thérapie de substitution aux opiacés.

Pour plus de détails, voir la note d'information du Fonds mondial [S'attaquer aux inégalités de genre et renforcer les ripostes en faveur des femmes et des filles](#) (2014) et la publication de l'ONUSIDA [Addressing the Specific Needs of Women Who Inject Drugs](#) (2016). En outre, l'[outil ONUSIDA d'évaluation basée sur le genre](#) (2018) sert de guide pour garantir que la programmation et les stratégies tiennent compte du genre et identifier des obstacles plus généraux liés aux droits humains que rencontrent les femmes en relation avec les services et la prévention liés au VIH.

De même, les maîtres d'œuvre de programmes sont encouragés à se concentrer sur les jeunes, notamment les enfants de la rue qui consomment des drogues. Les jeunes consommateurs présentent des vulnérabilités de développement, sociales et environnementales spécifiques. Ils sont moins susceptibles que les adultes d'utiliser les services de réduction des méfaits et de traitement et peuvent être moins informés sur les risques et leurs droits. Les estimations de la taille des populations nationales pour ce groupe d'âge sont rares.

La consommation précoce de drogues injectables et le fait d'être nouveau consommateur de drogues injectables s'accompagnent d'un risque accru de transmission du VIH et du VHC, et pour certains groupes de jeunes, en particulier les jeunes de la rue, ce risque est considérablement plus élevé. Les services de réduction des méfaits pour ce groupe d'âge, les interventions nécessaires et leur mode de prestation peuvent être différents de ceux visant des consommateurs de drogues injectables plus âgés². Le statut légal de mineur dresse des obstacles supplémentaires au développement d'interventions ciblées de réduction des méfaits, liés notamment au consentement en connaissance de cause, au consentement parental et aux restrictions relatives à l'âge légal pour les services.

⁴¹ International AIDS Society (2019). [Women Who Inject Drugs: Overlooked, yet Visible](#).

4.6 Prisons et autres lieux de détention

À l'échelle mondiale, et chaque jour de l'année, 10,7 millions de personnes vivent dans des prisons et d'autres lieux de détention⁴². Des experts évaluent la population carcérale annuelle à plus de 30 millions de personnes, et attirent l'attention sur les contacts directs entre ce groupe de population et la communauté et sur leur impact sur la santé publique⁴³. Des taux d'incarcération élevés peuvent aussi perpétuer le cycle de transmission de maladies, notamment du VIH, de l'hépatite et de la tuberculose.

De nombreux pays criminalisant des délits mineurs liés aux drogues, la détention et l'emprisonnement sont des expériences courantes pour beaucoup de consommateurs de drogues²¹. Souvent, la consommation de drogues injectables se poursuit en prison, alors que certains détenus deviennent consommateurs de drogues pendant leur incarcération, d'où l'importance des services de réduction des méfaits en prison. Ceux-ci doivent s'attaquer aux risques de consommation de drogues injectables mais aussi de transmission du VIH par voie sexuelle en milieu carcéral.

Les femmes incarcérées sont plus exposées au risque de VIH et de tuberculose que les hommes incarcérés et les femmes de la population générale. Les difficultés conduisant à leur incarcération sont souvent celles qui entraînent des risques accrus d'infection à VIH, notamment les lois punitives sur le travail du sexe et la consommation de drogues. La situation de ces femmes est aggravée par la stigmatisation, la violence fondée sur le genre, l'inégalité et la discrimination. Les services de prévention et de prise en charge du VIH sont souvent médiocres en prison, et les besoins de santé spécifiques aux femmes, notamment l'accès à des services de santé sexuelle et génésique, sont fréquemment négligés.

Les détenus ont droit à des soins de santé de même qualité que ceux disponibles dans la société, sans frais et sans discrimination, comme le précise l'[Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus](#) (Règles Nelson Mandela). Toutefois, les interventions fondées sur des éléments probants comme les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et la thérapie de substitution aux opiacés sont extrêmement limitées en prison. En 2018, 10 pays seulement avaient mis en œuvre des PAS dans une prison au moins, et la TSO était assurée dans les prisons de 54 pays seulement²⁰. La qualité de la TSO et des PAS varie beaucoup d'une prison à l'autre et de sérieux obstacles, notamment la stigmatisation et la discrimination, entravent de façon persistante l'accès à ce service essentiel là où il existe.

Compte tenu du rôle des prisons dans la propagation du VIH, du VHC et de la tuberculose (multirésistante notamment), il est crucial d'assurer la continuité de la thérapie de substitution aux opiacés, du TAR (y compris pour la PTME), du traitement du VHC et de la tuberculose et des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues à chaque étape du processus de détention – au moment de l'arrestation, pendant la détention provisoire, pendant le transfert en prison, dans le système carcéral et au moment de la libération. Pour plus d'informations, voir les lignes directrices unifiées de l'OMS [Integrating Collaborative HIV and TB Services within a Comprehensive Package of Care for People who Inject Drugs](#) (2016). Le Fonds mondial recommande aussi de garantir l'accès des consommateurs de drogues injectables à une assistance juridique, y compris ceux des maisons d'arrêt, des centres de détention et d'autres lieux de détention. Les personnes sortant de prison ou d'établissements de traitement par abstinence sont très exposées au risque d'overdose et devraient avoir accès à la naloxone en priorité^{26,38}.

La lutte contre le VIH dans les prisons ne peut être dissociée de thèmes plus larges, à savoir les droits humains, la réforme de la politique en matière de drogues et la réforme des prisons. Des modifications mineures des politiques en matière de drogues peuvent avoir un impact énorme sur

⁴² World Prison Brief, Institute for Criminal Policy Research (2018). [World Prison Population List, Twelfth Edition](#).

⁴³ Dans cette section, le mot « prison » inclut aussi les autres lieux de détention.

les populations carcérales. Par exemple, un nombre croissant d'éléments montrent que les politiques de dépénalisation qui gèrent la consommation et la possession de drogues pour usage personnel comme un problème de santé publique entraînent une diminution spectaculaire de la population carcérale et des problèmes de santé associés³⁶.

Le Fonds mondial recommande aux maîtres d'œuvre des programmes de se reporter également à la publication [Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées : Ensemble complet de mesures d'intervention](#) (ONUDD/OIT/OMS/ONUSIDA, 2013), ainsi qu'aux [Lignes directrices unifiées pour les populations-clés](#) de l'OMS.

4.7 Centres de détention obligatoire pour consommateurs de drogues

Certains pays retiennent les consommateurs de drogues dans des centres prétendant administrer des « traitements » ou aider à une « rééducation », où de nombreuses violations des droits humains sont signalées, où la procédure judiciaire, les mécanismes de suivi stratégique et l'évaluation médicale des personnes retenues sont insuffisants, voire inexistantes, et dont l'efficacité pour soigner la dépendance à la drogue n'est pas démontrée. En 2012, 12 institutions des Nations Unies avaient appelé à fermer ces centres de « traitement » obligatoire⁴⁴. Le Fonds mondial a réclamé de façon répétée la fermeture des centres de détention pour consommateurs de drogues, et craignait que l'accès aux soins essentiels des personnes détenues illégalement dans ces centres se soit pas assuré⁴⁵. En octobre 2014, le Conseil d'administration du Fonds mondial a décidé que ce dernier ne financerait aucune intervention des centres de détention obligatoire pour consommateurs de drogues. Lorsque ces centres existent, les candidats devraient identifier et soutenir des options plus efficaces, présentant un meilleur rapport coût/efficacité et fondées sur les droits humains, ainsi que des mesures pour mettre fin à la détention et fermer définitivement ces établissements.

Cependant, fidèle à son engagement de combler les lacunes des traitements vitaux pour les populations-clés, le Fonds mondial est susceptible de financer des services de santé scientifiquement éprouvés, à titre exceptionnel, par exemple en assurant l'accès à un traitement vital pour les détenus dans le cadre de **programmes de soins bénévoles et communautaires en dehors de ces centres**. Ces exceptions seront déterminées après consultation des partenaires du système des Nations Unies et nécessiteront un suivi stratégique indépendant pour vérifier les conditions et l'utilisation du financement. Pour prendre ces décisions, le Secrétariat du Fonds mondial consultera les organisations communautaires du pays et l'INPUD.

4.8 Données pour la planification et la conception des programmes

Les programmes de réduction des méfaits devraient s'appuyer sur les données locales disponibles. Les estimations de la taille des populations et les études sur les risques comportementaux fournissent des données importantes pour la programmation au niveau national, de même que des actions plus ciblées dans les prisons et autres lieux de détention, ou auprès de personnes peu susceptibles d'être consultées dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages. Des données devraient aussi être générées concernant les modes, tendances et marchés locaux de consommation de drogues. Cela peut favoriser une utilisation ciblée des ressources et la conception des stratégies les mieux adaptées aux consommateurs de drogues.

Toutefois, l'absence d'estimations de la taille des populations et d'autres données nationales ne doit pas justifier l'inaction. Quand la consommation de drogues injectables est avérée, des interventions prioritaires (programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, thérapie de substitution aux opiacés, dépistage et traitement du VIH et du VHC) peuvent être mises en œuvre parallèlement à

⁴⁴ Nations Unies (2012). [Déclaration conjointe : Centres de détention et de réhabilitation obligatoires pour toxicomanes](#).

⁴⁵ Le Fonds mondial (2014). [Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact. Décisions et recommandations au Conseil d'administration](#) (p. 13).

des investissements dans la recherche et dans des projets de collecte de données pour enrichir les bases factuelles. Pour plus d'informations, voir le [Cadre stratégique pour l'utilisation des données 2017/2022](#) du Fonds mondial.

En l'absence d'estimations de la taille des populations nationales, les maîtres d'œuvre des programmes devraient notamment réaliser :

- des évaluations de la situation ou une évaluation des besoins et une riposte ;
- des exercices de cartographie ;
- des consultations communautaires (et soutenir les recherches pilotées par des communautés sur les estimations de la taille des populations) ;
- une cartographie des parties prenantes.

Il est important que toutes les recherches et la collecte de données appliquent le principe « ne pas nuire », c'est-à-dire qu'elles ne portent pas atteinte à la sécurité ni au bien-être des personnes qui consomment des drogues ou collectent des données. La collaboration avec les organisations ou les réseaux locaux de consommateurs de drogues est conseillée et permettra de s'assurer que les recherches et la collecte de données sont menées de manière efficace et sûre.

4.9 Échelle, couverture et pérennité

Les programmes devraient être conçus pour atteindre une couverture élevée, conformément à la cible mondiale de prévention des Nations Unies qui vise une couverture de 90 pour cent des personnes présentant un risque d'infection à VIH (y compris les consommateurs de drogues injectables) avec des services complets de prévention du VIH⁴⁶, en vue d'atteindre l'objectif de réduction de 75 pour cent des nouvelles infections à VIH par rapport aux niveaux de 2016⁴⁷.

Une couverture adéquate du dépistage et du traitement du VIH est essentielle pour combattre la transmission du virus chez les consommateurs de drogues (et dans toute autre population-clé) et atteindre les cibles d'accélération de la riposte de l'ONUSIDA, c'est-à-dire que 90 pour cent des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 90 pour cent des personnes connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral et que 90 pour cent des personnes sous traitement antirétroviral parviennent à un état de suppression virale⁴⁸. Tous les consommateurs de drogues injectables qui fréquentent des services de réduction des méfaits devraient se voir proposer un dépistage du VIH, et ceux dépistés séropositifs devraient être orientés vers un traitement antirétroviral.

L'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA recommandent que 60 pour cent environ des consommateurs de drogues injectables bénéficient régulièrement de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, avec un taux de distribution moyen au niveau de cette population d'au moins 200 aiguilles/seringues par personne et par an³. De même, 40 pour cent environ des personnes dépendantes aux opiacés devraient bénéficier de programmes de thérapie de substitution aux opiacés³.

⁴⁶ Coalition mondiale pour la prévention du VIH (2017). [Feuille de route de la prévention du VIH pour 2020](#).

⁴⁷ Nations Unies (2016). [Déclaration politique sur le VIH/sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030](#).

⁴⁸ ONUSIDA (2014). [Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030](#).

Les programmes pilotes sont importants pour illustrer la conception et la mise en œuvre des programmes. Toutefois, leur durée devrait être limitée et les leçons tirées du processus de suivi et d'évaluation devraient être utilisées pour intensifier les interventions dans le pays concerné, en se concentrant sur les lieux et les sous-populations où les besoins en lien avec le VIH sont les plus importants.

La pérennité des programmes doit être envisagée dès l'étape de planification initiale, dans l'optique d'intégrer la programmation ciblant les consommateurs de drogues aux programmes et budgets nationaux pour la santé et le bien-être. La planification de la pérennité devrait inclure des services assurés par des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires et des organisations dirigées par des consommateurs de drogues. Les propositions devraient préciser les points clés suivants : a) comment la qualité et le rapport coût/efficacité des programmes seront garantis, b) comment la programmation se poursuivra quand les financements du Fonds mondial cesseront et selon quel processus (plan de transition) et c) quelles mesures les bénéficiaires envisagent de prendre pour modifier les lois et les politiques afin de créer un environnement favorable à une programmation durable. Pour plus d'informations, voir la [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#) (2016).

5. Ressources pour les propositions et la programmation

Le Fonds mondial et d'autres entités proposent de très nombreuses ressources aux pays qui veulent en savoir plus sur la planification et la mise en œuvre de programmes et obtenir d'autres informations générales sur la consommation de drogues, le risque de VIH, la vulnérabilité au VIH et la réduction des méfaits. La section 5.1 recense des publications pertinentes et la section 5.2 donne des informations sur les organisations et réseaux internationaux, régionaux et nationaux. Les candidats sont vivement encouragés à consulter ces documents et ces organisations pour consolider leurs propositions.

Publications

Le Fonds mondial

- [Note d'information sur le VIH](#) (2019)
- Note d'information technique sur les populations-clés (2019)
- [VIH, droits humains et égalité de genre – Note d'information technique](#) (2017)
- [Note d'information technique : renforcement des systèmes communautaires](#) (2016)
- [Note d'information sur la tuberculose](#) (2019)
- [Tuberculose, genre et droits de l'Homme – Note d'information technique](#) (2017)
- [S'attaquer aux inégalités de genre et renforcer les ripostes en faveur des femmes et des filles – Note d'information](#) (2014)
- [Assistance technique en matière de communautés, de droits et de genre](#)

- [Strategic Framework for Data Use for Action and Improvement at Country Level 2017-2022](#)
- [Politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#) (2016)
- [Global Fund Support for Co-infections and Co-morbidities](#) (2015)
- [Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017-2022 : Investir pour mettre fin aux épidémies](#) (2016)

Orientations générales et support technique

- ONUDC, INPUD, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, OMS, USAID (2017). [Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les personnes usagères de drogues en injection : Conseils pratiques pour des interventions collaboratives](#) (« outil IDUIT »)
- OMS, ONUDC, ONUSIDA (2012). [WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users – 2012 Revision](#)
- OMS (2016). [Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – Juin 2016](#)
- ONUSIDA (2018). [UNAIDS Technical Support: Optimizing Global Fund Grants in Asia and the Pacific 2017-2018](#)

Politiques

- Coalition mondiale pour la prévention du VIH (2017). [Feuille de route de la prévention du VIH pour 2020](#)
- Nations Unies (2016). [Déclaration politique sur le VIH/sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030](#)
- ONUSIDA (2014). [Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030](#)
- International Drug Policy Consortium (2016). [IDPC Drug Policy Guide](#) (2016)
- *Lancet* (2016). [Public Health and International Drug Policy: Report of the Johns Hopkins – Lancet Commission on Drug Policy and Health](#)
- Open Society Foundations. [Harm Reduction and Global Drug Policy Program](#) (publications sur les politiques en matière de drogues et sur la programmation pour la réduction des méfaits)

Consommation de drogues et réduction des méfaits

- ONUDC (2019). [World Drug Report](#)
- Harm Reduction International (2019). [What is Harm Reduction?](#) [site web]
- Harm Reduction International (2018). [The Global State of Harm Reduction 2018](#)
- ONUDC et ONUSIDA (2010). [Facts about Drug Use and the Spread of HIV](#)

- International Harm Reduction Association (2010). [What is Harm Reduction? A Position Statement from the International Harm Reduction Association](#)

Droit et droits humains

- ONUSIDA (2019). [Health, Rights and Drugs: Harm Reduction, Decriminalization and Zero Discrimination for People Who Use Drugs](#)
- PNUD et Centre international sur les droits de l'homme et les politiques en matière de drogues (2019). [International Guidelines on Human Rights and Drug Policy](#)
- Nations Unies (2019). [Position commune du système des Nations Unies aux fins d'appuyer la mise en œuvre de la politique internationale de contrôle des drogues par une collaboration interinstitutions efficace](#)
- Release (2017). [A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation across the Globe](#)
- ONUSIDA (2016). [Do No Harm: Health, Human Rights and Drugs](#)
- INPUD (2015). [Déclaration consensuelle sur les consommateurs de drogues soumises à interdiction : Droits de l'homme, Santé et Législation](#)
- Nations Unies (2012). [Déclaration conjointe : Centres de détention et de réhabilitation obligatoires pour toxicomanes](#)
- Commission globale de politique en matière de drogues (2012). [The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic](#)
- ONUSIDA (2017). [Accélération de la riposte et droits de l'homme – Faire progresser les droits de l'homme dans les efforts visant à accélérer la riposte au VIH](#)
- Nations Unies (2016). [Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus](#) (Règles Nelson Mandela)
- Commission mondiale sur le VIH et le droit (2012). [Risques, droits et santé : Rapport de la Commission mondiale sur le VIH et le droit](#)
- ONUSIDA (2012). [Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH](#)
- ONUSIDA (2018). [Outil ONUSIDA d'évaluation basée sur le genre – Vers une riposte au VIH transformatrice en matière de genre](#)
- ONUSIDA (2017). [ALIV\(H\)E Framework: Action Linking Initiatives on Violence Against Women and HIV Everywhere](#)

Orientations programmatiques

- OMS (2007). [Guide to Starting and Managing Needle and Syringe Programmes](#) (2007)
- ONUDC (2014). [Handbook for Starting and Managing Needle and Syringe Programmes in Prisons and Other Closed Settings](#)

- ONUDC, OIT, OMS, ONUSIDA (2013). [Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées : Ensemble complet de mesures d'intervention](#)
- OMS (2009). [Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence](#)
- ONUDC (2019). [HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs: Technical Guide](#)
- OMS (2014). [Community Management of Opioid Overdose](#)
- OMS (2004). [Evidence for Action: Effectiveness of Community-based Outreach in Preventing HIV/AIDS among Injecting Drug Users](#)
- ONUDC (2016). [Addressing the Specific Needs of Women Who Inject Drugs: Practical Guide for Service Providers on Gender-responsive HIV Services](#)
- OMS (2016). [Integrating Collaborative TB and HIV Services within a Comprehensive Package of Care for People Who Inject Drugs](#)
- Harm Reduction International (2018). [Drug Consumption Rooms: Global State of Harm Reduction 2018 Briefing](#)
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2017). [Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités](#)
- OMS (2017). [Guidelines on Hepatitis B and C Testing](#)
- OMS (2018). [Guidelines for the Care and Treatment of Persons Diagnosed with Chronic Hepatitis C Virus Infection](#)
- OMS (2012). [Guidance on Prevention of Viral Hepatitis B and C among People Who Inject Drugs](#)
- OMS (2016). [Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection](#)
- INPUD (2015). [An Introduction to Pre-Exposure Prophylaxis \(PrEP\) for People Who Inject Drugs](#)
- OMS, ONUSIDA (2010). [Lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations les plus exposées au VIH](#)

5.2 Organisations et réseaux

Niveau international

- [INPUD – Réseau international des usagers de drogues](#)
- [INWUD – Réseau international des femmes consommatrices de drogues](#)
- [Youth RISE](#) (réseau international de jeunes engagés dans les politiques, l'éducation et la réduction des méfaits liés aux drogues)

- [International Drug Policy Consortium](#)
- [Harm Reduction International](#)
- [Harm Reduction Academy](#) (ressources mondiales pour l'apprentissage, le dialogue et le renforcement des compétences)
- [Mainline](#) (information sur les drogues et la santé, notamment sur les [stimulants](#) et le [chemsex](#))
- [Initiative 5 %](#) (assistance technique aux bénéficiaires du Fonds mondial)

Niveau régional et national

L'INPUD tient à jour une liste des réseaux régionaux et nationaux des consommateurs de drogues, disponible [ici](#).

Liste des abréviations

IDUIT *Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les personnes usagères de drogues en injection : Conseils pratiques pour des interventions collaboratives*

INPUD	Réseau international des usagers de drogues
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAS	programme de distribution d'aiguilles et de seringues
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PrEP	prophylaxie préexposition
PTME	prévention de la transmission de la mère à l'enfant (du VIH)
RSC	renforcement des systèmes communautaires
TAR	traitement antirétroviral, thérapie antirétrovirale
TB	tuberculose
TSO	thérapie de substitution aux opiacés
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VHC	virus de l'hépatite C