

Valeurs et préférences des  
populations clés pour Services  
VIH, Hépatites et ITSS :  
*Une étude qualitative*



International  
Network of People  
who Use Drugs





## CONTENTS

| CHAPITRE                                                                                           | PAGE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>1.0</b> CONTEXTE ET JUSTIFICATION                                                               | 04   |
| 1.1 Qui est INPUD?                                                                                 | 04   |
| 1.2 But et objectifs de l'étude                                                                    | 04   |
| <b>2.0</b> QUESTIONS DE RECHERCHE                                                                  | 07   |
| <b>3.0</b> MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE ET CONCEPTION DE L'ÉTUDE                                      | 08   |
| 3.1 Caractéristiques des participants aux EISS                                                     | 09   |
| 3.2 Caractéristiques des participants aux GD                                                       | 11   |
| 3.3 Limites de l'étude                                                                             | 12   |
| 3.4 Résultats et discussion                                                                        | 13   |
| <b>4.0</b> CONCLUSION                                                                              | 54   |
| <b>5.0</b> APPENDICE 1: QUESTIONS PICO                                                             | 56   |
| <b>6.0</b> APPENDICE 2: GUIDES POUR LES ENTRETIENS<br>SEMI-STRUCTURÉS ET LES GROUPES DE DISCUSSION | 57   |
| 6.1 Guide d'entretien semi-structuré pour les personnes qui s'injectent<br>des drogues             | 57   |
| 6.2 Guide des groupes de discussion pour les personnes qui s'injectent<br>des drogues              | 64   |



## 1.0 CONTEXTE ET JUSTIFICATION

### 1.1 QUI EST INPUD?

Le Réseau international des personnes qui consomment des drogues (INPUD) est un réseau mondial de pairs qui cherche à promouvoir la santé et à protéger les droits et la dignité des personnes qui consomment/ont consommé des drogues, y compris les personnes qui s'injectent des drogues. *(Pour plus d'informations sur INPUD, voir : [www.inpud.net](http://www.inpud.net))*

### 1.2 BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Des recherches mondiales récentes montrent que les personnes qui s'injectent des drogues continuent d'être plus vulnérables au VIH, à l'hépatite virale C (VHC), à l'hépatite virale B (VHB), à la tuberculose (TB) ainsi qu'aux surdoses liées à la drogue. En 2020, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a signalé que sur les 11 millions de personnes estimées qui s'injectent des drogues dans le monde, environ 8 % (ou 1,4 million) vivent avec le VIH<sup>1</sup>. Une récente revue systématique mondiale a révélé qu'environ 6,1 millions de personnes ayant récemment consommé de la drogue par injection (au cours des 12 derniers mois) âgées de 15 à 64 ans vivent avec le VHC dans le monde, avec le plus grand nombre en Asie de l'Est et du Sud-Est (1,5 million), en Europe de l'Est (1,5 million) et en Amérique du Nord (1 million)<sup>2</sup>. De plus, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare qu'environ 10 % des nouvelles infections à VIH dans le monde (ONUSIDA, 2020) et près de 40 % des nouvelles infections à VHC sont estimées chez les personnes qui s'injectent des drogues<sup>3</sup>. Ils identifient également qu'un décès par VHC sur trois dans le monde concerne des personnes dont l'infection par le VHC est attribuée à des pratiques d'injection à risque<sup>4</sup>. Dans certaines régions comme l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, les taux de prévalence du VIH et du VHC sont particulièrement élevés.

Afin de réduire la transmission du VIH, du VHC et du VHB ainsi que les décès par surdose, il a été recommandé par l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA (2009) que les personnes qui s'injectent des drogues doivent avoir accès à un **ensemble complet d'interventions de réduction des risques**, notamment :

1. Rapport Mondial sur les Drogues 2020 (publication des Nations Unies, Sales No. E.20.XI.6).
2. Grebely J, Larney S, Peacock A, Colledge S, Leung J, Hickman M, Vickerman P, Blach S, Cunningham EB, Dumchev K, Lynskey M, Stone J, Trickey A, Razavi H, Mattick RP, Farrell M, Dore GJ, Degenhardt L. Estimations mondiales, régionales et nationales de l'infection par l'hépatite C chez les personnes qui se sont récemment injecté des drogues. *Addiction*. 2019 Jan;114(1):150-166. doi: 10.1111/add.14393. Epub 2018 Aug 28. PMID: 30035835; PMCID: PMC6657799.
3. Voir: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>
4. Ibid.





1. Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (NSP)
2. Thérapie aux agonistes opioïdes (TAO) et autres traitements de la toxicomanie fondés sur des preuves
3. Naloxone pour la prévention des surdoses
4. Dépistage du VIH et conseil
5. Thérapie antirétrovirale
6. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles
7. Programmes de préservatifs pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels
8. Information, éducation et communication ciblées pour les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels
9. Prévention, vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale
10. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.<sup>5</sup>

Bien que ces interventions soient soutenues par l'OMS et d'autres agences des Nations Unies et soient considérées comme essentielles pour atteindre les cibles mondiales visant à mettre fin au VIH et à atteindre les objectifs d'élimination de l'hépatite C, l'accès à ces interventions, en particulier celles qui sont des interventions prioritaires pour les personnes qui s'injectent des drogues, comme les seringues et les programmes de seringues (NSP) et le traitement aux agonistes opiacés (OAT) sont loin d'être adéquats dans de nombreux pays et régions. En effet, moins de 1 % de toutes les personnes qui s'injectent des drogues vivent dans des milieux où la couverture de la NSP et de l'OAT<sup>6</sup> est élevée. En particulier, les obstacles structurels tels que la criminalisation de la consommation de drogues et la stigmatisation et la discrimination associées à l'encontre des personnes qui s'injectent des drogues contribuent à la transmission continue du VIH, de l'hépatite virale et de la tuberculose parmi les personnes qui s'injectent des drogues et constituent un obstacle important à l'accès à la réduction des méfaits, et d'autres services de santé. L'OMS précise que :

*« Dans de nombreux contextes, les programmes de réduction des méfaits ne sont tout simplement pas disponibles ou sont extrêmement limités en termes d'accessibilité et de disponibilité en raison de politiques et de lois restrictives et inefficaces. La couverture mondiale des interventions de réduction des risques est extrêmement faible : moins de 1 % des personnes qui s'injectent des drogues vivent dans des environnements offrant une couverture suffisante, combinée et élevée de ces services. »*

5. WHO, UNODC and UNAIDS (2009). Guide technique à l'intention des pays pour fixer des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables.

6. Harm Reduction International (2018). L'état mondial de la réduction des méfaits 2018.



## VALEURS ET PRÉFÉRENCES DES POPULATIONS CLÉS POUR SERVICES VIH, HÉPATITES ET ITSS : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

C'est dans ce contexte que l'INPUD a accepté de collaborer avec le Département des programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les ITSS de l'OMS dans le cadre d'une étude qualitative mondiale visant à éclairer la mise à jour des Directives consolidées 2016 de l'OMS pour la prévention, le diagnostic, le traitement, le et les soins aux populations clés. Les quatre populations clés participant à l'étude sont : les hommes gais et bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe féminins, masculins et trans (travailleurs du sexe), les personnes utilisatrices de drogues injectables et les personnes trans. Les détenus, en tant que cinquième population clé, ont été identifiés comme étant transversaux dans nos réseaux, étant donné le niveau de criminalisation auquel nos communautés sont confrontées. Ces populations sont définies comme clés car, selon les estimations 2020 de l'ONUSIDA<sup>7</sup>, la majorité des nouveaux cas de VIH (62%) surviennent parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels. Bien que les Directives consolidées de 2016 se concentrent spécifiquement sur le VIH, les directives mises à jour (pour la première fois) aborderont également l'hépatite virale et les ITSS.

Entre avril et mai 2021, chacun des quatre réseaux mondiaux de populations clés a mené des études de recherche qualitative distinctes menées par des pairs sur les valeurs et les préférences de leurs communautés en ce qui concerne les interventions et programmes de lutte contre le VIH, les hépatites virales et les ITSS. Ce rapport représente un résumé global et les principales conclusions de l'étude qualitative INPUD sur les valeurs et les préférences auprès des personnes qui s'injectent des drogues. Les principales conclusions de ce rapport feront partie d'un rapport combiné avec les autres réseaux de populations clés à soumettre à l'OMS pour éclairer la mise à jour des lignes directrices consolidées 2016. Une fois mises à jour, les directives fourniront des conseils aux pays sur la conception et la mise en œuvre de packages de santé pour les populations clés. Il est crucial que toute nouvelle recommandation potentielle dans les directives mises à jour comprenne et tienne compte des valeurs et préférences spécifiques de chacune des populations clés car, en fin de compte, elles sont les bénéficiaires finaux visés des directives consolidées mises à jour.

---

7. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_aids-data-book\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf)



## 2.0 QUESTIONS DE RECHERCHE

Les questions de recherche pour l'étude qualitative étaient basées sur les 7 questions PICO qui constituent la base de la composante d'examen systématique fondé sur des preuves du processus de mise à jour des lignes directrices (voir *Annexe 1 : Questions PICO*). Plus précisément, ce volet qualitatif explore les interventions et les services étudiés dans les questions PICO en relation avec les valeurs et les préférences des membres de la population clé quant à la manière dont les services/interventions sont fournis, où ils sont fournis et par qui, ainsi que les préjudices, les inconvénients et les avantages perçus de différents services et approches. De plus, les valeurs et les préférences des membres de la population clé ont également été évaluées par rapport aux barrières et interventions structurelles et autres, afin de fournir une compréhension du contexte de mise en œuvre des interventions VIH/VHC/ITSS. Les réponses de la communauté aux questions de recherche mettent en évidence comment les facteurs structurels et contextuels influencent l'intérêt, l'engagement et les perceptions d'efficacité des participants.

Les interventions spécifiques, les modèles de service, les obstacles structurels et les autres problèmes couverts par les questions de recherche qualitative auprès des personnes qui s'injectent des drogues étaient :

Préférences par rapport au Chemsex et aux interventions comportementales visant à réduire la vulnérabilité au VIH, aux hépatites virales et aux ITSS chez les personnes utilisatrices de drogues injectables ;

- Valeurs et préférences concernant les réponses des pairs et des personnes utilisatrices de drogues (c'est-à-dire les services et programmes exécutés et gérés par les pairs) ;
- Préférences pour les interventions en face-à-face par rapport aux interventions numériques/en ligne ;
- Effet de la criminalisation de la consommation de drogues sur l'adoption de la prévention du VIH, du VHC et des IST, le dépistage, le lien avec le traitement et le maintien du traitement ;
- Permettre des interventions pour lever les obstacles structurels, y compris la criminalisation, en relation avec l'amélioration de l'accès aux services de santé ;

- Effet de la stigmatisation et de la discrimination sur l'adoption de la prévention du VIH, du VHC et des IST, le dépistage, le lien avec le traitement et le maintien du traitement ;
- Préférences concernant le dépistage du VHC, le diagnostic et le traitement par AAD du VHC ;
- Préférences de la communauté concernant les technologies et les produits de prévention du VIH, y compris la PrEP, en relation avec les personnes qui s'injectent des drogues.





### 3.0 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE ET CONCEPTION DE L'ÉTUDE

Les données de ce rapport ont été collectées à la fois par le biais d'entrevues individuels semi-structurés (EISS) et de discussions de groupe (DG). Les données ont été collectées par l'un des chercheurs principaux (AM et JC), l'un des cinq (5) points focaux régionaux (PFR) ou par l'un des deux (2) consultants/chercheurs communautaires sous-régionaux engagés par l'un des PFR. Les appels d'offres ont été identifiés, sélectionnés et informés pour garantir que la recherche inclurait une large représentation des personnes qui s'injectent des drogues dans différentes régions de l'OMS, des données démographiques sur l'âge et le sexe et les intersections des populations clés. Tous les chercheurs principaux (CP), les PFR et les consultants communautaires sous-régionaux ont une expérience significative du travail avec les personnes qui s'injectent des drogues, sont expérimentés dans l'organisation et la conduite des EISS et des groupes de discussion et ont une expertise dans les consultations communautaires. Les CP ont organisé une séance d'information et de formation en ligne avec tous les PFR avant le début de la collecte de données.

L'INPUD a été pleinement impliqué dans l'élaboration du protocole de recherche, des guides d'entretien et du matériel de recherche associé en consultation avec l'OMS et les autres réseaux mondiaux de populations clés (GATE, MPact et NSWP). Des guides distincts ont été élaborés pour les EISS individuelles et les groupes de discussion (voir Annexe 2 : Guides d'entretien et de groupe de discussion). Les deux guides d'entretien ont été mis à l'essai. Tous les commentaires ont été pris en compte et, le cas échéant, intégrés pour améliorer la validité, l'accessibilité et la pertinence des guides et autres documents de recherche. L'approbation éthique a été fournie par le Comité d'examen éthique de la recherche de l'OMS.

Une approche d'échantillonnage raisonné a été utilisée par les chercheurs principaux et les RFP pour identifier les participants potentiels pour les EISS et les GD individuels. Les critères d'éligibilité ont été conçus pour assurer une diversité géographique, de sexe et d'âge. Tous les participants à la recherche devaient être capables et disposés à fournir un consentement éclairé verbal pour participer à la recherche, capables de communiquer en anglais, espagnol, français ou russe, disposés à s'identifier comme personne qui s'injecte des drogues, avoir au moins 18 ans âge; et être membre ou associé d'une organisation ou d'un réseau local, national, régional ou mondial de personnes qui consomment des drogues. Au total, cinquante-quatre (n=54) personnes ont participé soit à un entretien semi-structuré, soit à une discussion de groupe dans quatre (4) régions de l'OMS et vingt-sept (27) pays. La répartition par sexe des 54 participants était la suivante : 17 (31 %) femmes cis, 30 (56 %) hommes cis, 6 (11 %)



non binaires et 1 (2 %) autre identité de genre non conforme. De plus amples détails et ventilations du nombre et des caractéristiques des participants par méthode de recherche sont présentés ci-dessous.

### Entretiens individuels semi-structurés (EISS)

Des entretiens individuels semi-structurés (EISS) ont été menés avec des personnes qui sont des leaders d'opinion dans leurs communautés de personnes qui utilisent/s'injectent des drogues et qui sont directement affiliées à des organisations et réseaux dirigés par des utilisateurs de drogues. Au total, dix (n = 10) EISS ont été menées avec des dirigeants communautaires sélectionnés dans cinq (5) régions de l'OMS et neuf (9) pays. Les participants comprenaient cinq (5) hommes et quatre (4) femmes et un (1) participant de genre non binaire. La tranche d'âge des participants aux EISS était de 26 à 65 ans avec 20 % (n=2) entre 26-35 ans, 40 % (n=4) entre 36-45 ans et 30 % (n=3) entre 46-55 ans et 10 % (n=1) entre 56-65 ans (aucun participant EISS n'avait entre 18-25 ans ou plus de 65 ans). Les entretiens ont été réalisés virtuellement via des plateformes de communication en ligne (Zoom, WhatsApp, Teams). Tous les entretiens ont suivi le guide d'entretien EISS (voir Annexe 2 : Guides d'entretien et de groupe de discussion) et ont inclus un processus de consentement éclairé approuvé conçu pour maintenir la confidentialité pour tous les participants. Les entretiens ont duré de 60 à 120 minutes et ont été menés en anglais, en français ou en russe selon les besoins du participant. Les caractéristiques détaillées des participants au SSI, y compris la région de l'OMS, le pays de résidence, le sexe et l'âge, sont incluses dans le tableau ci-dessous :

## 3.1 CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS AUX EISS

| Participant No. | Région OMS      | Pays de résidence      | Genre*      | Tranche d'âge |
|-----------------|-----------------|------------------------|-------------|---------------|
| 1               | Européen        | Italie                 | Féminin     | 36-45         |
| 2               | Européen        | Ukraine                | Masculin    | 46-55         |
| 3               | Afrique         | Kenya                  | Féminin     | 26-35         |
| 4               | Afrique         | Sénégal                | Masculin    | 56-65         |
| 5               | Européen        | Russie                 | Masculin    | 36-45         |
| 6               | Européen        | Ukraine                | Féminin     | 46-55         |
| 7               | Amerique        | États-Unis             | Féminin     | 36-45         |
| 8               | Amerique        | Canada                 | Masculin    | 26-35         |
| 9               | Pacifique Ouest | Australie              | Non-binaire | 36-45         |
| 10              | Pacifique Ouest | New Zealand / Aotearoa | Masculin    | 46-55         |

\*Les participants identifiés de genre féminin et masculin sont tous cisgenre

Toutes les EISS ont été menées par l'un des CP, l'un des PFR ou un autre chercheur communautaire expérimenté sélectionné et engagé par les PFR. Des notes ont été



prises pendant les entretiens et les entretiens ont été enregistrés électroniquement (avec consentement) et retranscrits mot à mot. Immédiatement après chaque entretien, le(s) preneur(s) de notes et les chercheurs communautaires ont élaboré un rapport de synthèse écrit à l'aide d'un modèle fourni par l'INPUD. L'enregistrement audio/transcription a ensuite été vérifié pour identifier toute divergence et sélectionner les citations pertinentes à inclure dans le rapport de synthèse. Les réponses ont ensuite été codées à l'aide d'une approche d'analyse thématique inductive basée sur un cadre analytique développé par l'INPUD et les autres réseaux de populations clés en se concentrant sur les perceptions, les valeurs et les préférences par rapport aux sept questions PICO. Les rapports de synthèse, les transcriptions, les réponses au code thématique et les journaux des participants ont ensuite été téléchargés et stockés en toute sécurité et vérifiés par l'un des chercheurs principaux (AM) pour en assurer la cohérence.

### **Groupes de discussions (GD)**

Des discussions de groupe (GD) ont été menées avec des membres de la communauté de base nommés par des organisations et des réseaux centrés sur les drogues affiliés à l'INPUD conformément aux critères des participants. Toutes les discussions de groupe ont eu lieu après les EISS, pour permettre une discussion plus approfondie sur les principaux problèmes et lacunes identifiés par les leaders d'opinion dans les EISS. Au total, huit (n=8) discussions de groupe ont été menées dans cinq (5) régions de l'OMS et vingt-quatre (24) pays. Chaque groupe de discussion comprenait entre 4 et 8 participants avec un total de quarante-quatre (44) participants dans tous les groupes de discussion. La répartition par sexe des participants aux groupes de discussion comprenait 57 % (n=25) d'hommes, 30 % (n=13) de femmes, 11 % (n=5) de participants de genre non binaire et 2 % (n=1) d'autres genres non conformes. participant. La tranche d'âge des participants aux groupes de discussion allait de 18 à plus de 65 ans avec 5 % (n=2) entre 18 et 25 ans, 20 % (n=9) 26-35 ans, 36 % (n=16) entre 36-45 ans, 32% (n=14) entre 46-55 ans, 5% (n=2) entre 56-65 ans et 2% (n=1) plus de 65 ans. La durée des discussions de groupe variait de 60 à 150 minutes chacune et se déroulait en anglais, français ou russe selon les besoins du groupe de population. Les discussions de groupe ont été menées via une plateforme de communication en ligne (Zoom, WhatsApp, Teams). Tous les groupes ont suivi le guide d'entretien GD (voir Annexe 2 : Guides d'entretien et de groupe de discussion) et ont inclus un processus de consentement éclairé approuvé conçu pour maintenir la confidentialité pour tous les participants. Les caractéristiques détaillées des participants aux groupes de discussion, y compris la région de l'OMS, le pays de résidence, le sexe et l'âge, sont incluses dans le tableau ci-dessous :



## 3.2 CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS AUX GD

| GD No. | Nombre de Participants | Région OMS      | Pays de résidence          | Genre*                     | Tranche d'âge |
|--------|------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|---------------|
| GD 1   | 5                      | Afrique         | Afrique du sud             | Autre genre non conforme** | 26-35         |
|        |                        |                 | Nigéria                    | Féminin                    | 26-35         |
|        |                        |                 | Ouganda                    | Masculin                   | 18-25         |
|        |                        |                 | Tanzanie                   | Non-binaire                | 36-45         |
|        |                        |                 | Iles Maurice               | Féminin                    | 26-35         |
| GD 2   | 5                      | Afrique         | Burundi                    | Masculin                   | 46-55         |
|        |                        |                 | Cameroun                   | Masculin                   | 26-35         |
|        |                        |                 | Rwanda                     | Masculin                   | 26-35         |
|        |                        |                 | Cote d'Ivoire              | Masculin                   | 26-35         |
|        |                        |                 | Mali                       | Masculin                   | 46-55         |
| GD 3   | 4                      | Amerique        | Canada                     | Non-binaire                | 36-45         |
|        |                        |                 | Canada                     | Masculin                   | 36-45         |
|        |                        |                 | États-Unis                 | Masculin                   | 36-45         |
|        |                        |                 | États-Unis                 | Féminin                    | 36-45         |
| GD 4   | 8                      | Amerique        | États-Unis                 | Masculin                   | 36-45         |
|        |                        |                 | Canada                     | Masculin                   | 36-45         |
|        |                        |                 | États-Unis                 | Masculin                   | 36-45         |
|        |                        |                 | États-Unis                 | Masculin                   | 56-65         |
|        |                        |                 | États-Unis                 | Non-binaire                | 26-35         |
|        |                        |                 | États-Unis                 | Féminin                    | 26-35         |
|        |                        |                 | États-Unis                 | Féminin                    | 46-55         |
|        |                        |                 | États-Unis                 | Masculin                   | 26-35         |
| GD 5   | 5                      | Européen        | Royaume Uni                | Masculin                   | 46-55         |
|        |                        |                 | Grèce                      | Féminin                    | 46-55         |
|        |                        |                 | Grèce                      | Masculin                   | 46-55         |
|        |                        |                 | Portugal                   | Masculin                   | 46-55         |
|        |                        |                 | Espagne                    | Féminin                    | 36-45         |
| GD 6   | 7                      | Européen        | Géorgie                    | Masculin                   | 56-65         |
|        |                        |                 | Géorgie                    | Masculin                   | 36-45         |
|        |                        |                 | Kazakhstan                 | Masculin                   | 36-45         |
|        |                        |                 | Moldavie                   | Masculin                   | 36-45         |
|        |                        |                 | Ukraine                    | Masculin                   | 46-55         |
|        |                        |                 | Ukraine                    | Masculin                   | 46-55         |
|        |                        |                 | Russie                     | Masculin                   | 36-45         |
| GD 7^  | 4                      | Européen        | Kyrgyzstan                 | Féminin                    | 36-45         |
|        |                        |                 | Russie                     | Féminin                    | 46-5          |
|        |                        |                 | Kazakhstan                 | Féminin                    | 36-45         |
|        |                        |                 | Kazakhstan                 | Féminin                    | 46-56         |
| GD 8   | 6                      | Pacifique Ouest | Australie                  | Féminin                    | 46-55         |
|        |                        |                 | Australie                  | Masculin                   | 46-55         |
|        |                        |                 | Australie                  | Non-binaire                | 18-25         |
|        |                        |                 | Australie                  | Féminin                    | 36-45         |
|        |                        |                 | Australie                  | Non-binaire                | 26-35         |
|        |                        |                 | Nouvelle-Zélande /Aotearoa | Masculin                   | 46-55         |

\* Les participants identifiés de sexe féminin et masculin sont tous cisgenre

\*\* Aucune autre information fournie

^ Il s'agissait d'un groupe de discussion désigné pour les femmes



Toutes les discussions de groupe ont été dirigées et facilitées par l'un des CP, par un ou plusieurs des PFR ou par un ou plusieurs autres facilitateurs communautaires expérimentés engagés par les PFR. Les réponses ont été documentées par le(s) preneur(s) de notes et le(s) facilitateur(s) communautaire(s) et les discussions de groupe ont été enregistrées électroniquement (avec consentement) et transcrites textuellement. Immédiatement après chaque GD, le(s) preneur(s) de notes et les animateurs communautaires ont élaboré un rapport de synthèse écrit en utilisant un modèle fourni par l'INPUD. L'enregistrement audio/transcription a ensuite été vérifié pour identifier toute divergence et sélectionner les citations pertinentes à inclure dans le rapport de synthèse. Les réponses ont ensuite été codées à l'aide d'une approche d'analyse thématique inductive basée sur un cadre analytique développé par l'INPUD et les autres réseaux de populations clés en se concentrant sur les perceptions, les valeurs et les préférences par rapport aux sept questions PICO. Les rapports de synthèse, les transcriptions et les réponses codées par thème ont ensuite été vérifiés par un chercheur principal (AM) pour la cohérence et par rapport aux thèmes identifiés dans les EISS.

Au cours de l'analyse des données, les domaines de consensus et de divergence au sein et entre les participants et toute variation régionale significative ont été identifiés et ont été mis en évidence dans l'analyse contenue dans ce rapport.

### 3.3 LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude présente plusieurs limitations clés, notamment des problèmes persistants pour les participants et les réseaux communautaires dans l'accès à la technologie et/ou à une connectivité Internet fiable et devant travailler sur plusieurs fuseaux horaires avec des ressources très limitées. De plus, les délais ont été très serrés tout au long de l'étude avec des implications ultérieures pour le nombre d'entrevues et de groupes de discussion qui pourraient être organisés et menés dans le délai disponible.

Une autre limitation notable de cette étude a été que l'accent mis sur les valeurs et les préférences en matière de services et d'interventions en matière de VIH et d'hépatite virale signifiait une concentration ultérieure sur les personnes qui s'injectent des drogues et, par conséquent, certaines régions géographiques ont été exclues en raison de l'utilisation de drogues par injection étant moins pertinents comme l'Amérique latine et les Caraïbes. De plus, bien que la conduite des ISS et des groupes de discussion en anglais, français ou russe ait assuré un plus grand niveau de participation à l'étude que si elle était menée uniquement en anglais, sans inclure le chinois comme langue d'étude ou la traduction dans les multiples autres langues utilisées dans la région (thaï, khmer, vietnamien, hindi) excluait non seulement les pays de la région du Pacifique occidental tels que la Chine, mais aussi les pays de la région de l'Asie du Sud-Est.





Il est également important de noter qu'en raison de l'hétérogénéité des populations de personnes qui s'injectent des drogues et de la subjectivité inhérente des valeurs et des préférences, les résultats de cette étude ne sont ni représentatifs ni généralisables. Nonobstant les limitations ci-dessus, cette étude offre une gamme d'informations importantes sur les valeurs, les préférences et les perceptions des personnes qui s'injectent des drogues qui ont participé à l'étude et, ce faisant, fournit des données utiles pour éclairer la mise à jour des lignes directrices consolidées. Les enseignements de cette recherche peuvent également compléter les données de recherche existantes et/ou fournir un cadre pour guider les futures recherches sur les personnes qui s'injectent des drogues en tant que population hautement marginalisée et criminalisée.

### 3.4 RÉSULTATS ET DISCUSSION

#### 1. Perceptions des interventions comportementales

On a posé à tous les participants deux questions sur leurs valeurs et leurs préférences en matière d'interventions comportementales. Les « interventions comportementales » peuvent avoir un large éventail de significations dans différents contextes, notamment pour décrire des interventions visant à réduire et/ou à arrêter la consommation de drogues. Dans cette étude, les participants ont été spécifiquement invités à réfléchir aux interventions (y compris les mesures de conseil et d'éducation) visant à réduire le risque d'infections par le VIH, les IST et les hépatites virales plutôt que sur la réduction de la consommation de drogues. La première question portait spécifiquement sur le « Chemsex », et la deuxième question était axée sur les « interventions comportementales » en matière de VIH, d'IST et d'hépatite virale plus largement.

##### a. Valeurs et préférences par rapport à Chemsex

Pour lancer la discussion, on a d'abord posé aux participants une question sur la mesure dans laquelle Chemsex est pertinent pour eux et leur communauté. En réponse à cette question, certains participants ont indiqué que Chemsex n'était pas/pas vraiment pertinent pour eux ou leur communauté, avec des commentaires tels que : « Je n'ai aucune expérience de Chemsex », « Ce n'est pas vraiment pertinent pour moi » et « Pour nous, c'est pertinent mais ce n'est pas le plus important ». Dans la lignée de ce dernier commentaire, un autre participant a estimé que pour certaines régions dont l'Afrique subsaharienne et l'Asie, bien que le chemsex puisse être largement pratiqué, il n'a pas vraiment été mis en avant comme une priorité par la communauté des usagers de drogues à ce jour, en grande partie en raison d'une plus grande concentration sur la lutte contre les violations plus urgentes des droits de l'homme.

Cependant, pour d'autres participants à cette étude, y compris plusieurs participants qui se sont identifiés comme des hommes homosexuels ou bisexuels, « Chemsex » était considéré comme très pertinent à la fois pour eux en tant qu'individus et pour leurs communautés et, en outre, ils étaient intéressés à s'engager



dans un dialogue nuancé et sophistiqué. sur un large éventail de sujets en relation avec Chemsex (voir plus de détails ci-dessous). Cela ne veut pas dire cependant, que Chemsex n'a été considéré comme pertinent que par les participants s'identifiant comme des hommes homosexuels et bisexuels et en effet, il y a eu une discussion entre les participants sur la façon dont le terme « Chemsex » est trop souvent discuté comme s'il ne concernait que les homosexuels et bisexuels. mais en fait, l'utilisation de drogues pour améliorer les expériences sexuelles existe depuis longtemps et englobe un large éventail de pratiques non seulement parmi les communautés LGBTQIA+, mais aussi parmi les populations hétérosexuelles - même si le terme « Chemsex » n'est pas spécifiquement utilisé :

*« Le premier point qui m'a paru clair, c'est que les gens pensent que le terme ChemSex n'est lié qu'à certaines populations telles que les personnes LGBTQIA+. Il devrait être défini dans un contexte et des définitions beaucoup plus larges. J'ai utilisé des drogues pour améliorer le sexe pratiquement toute ma vie, mais c'est parce que ce sont principalement les couples hétérosexuels [ayant des relations sexuelles avec des personnes autres que leur partenaire] que nous évitons d'utiliser le terme dans la population en général. » Femme utilisatrice de drogues, région des Amériques*

*« La religion et la culture africaine n'enseignent pas à leurs enfants le sexe et les usages de la drogue. Certaines personnes utilisent le Tramadol comme Viagra pour augmenter leur libido. L'utilisation du Tramadol est très courante chez les jeunes. » Homme utilisateur de drogue, région Afrique.*

D'autres participants ont également parlé des jeunes (d'identités, d'origines et de régions multiples) et de l'utilisation de substances psychoactives pour améliorer les expériences sexuelles lors de festivals et d'événements musicaux. Ils ont souligné que ces événements se déroulent souvent sur plusieurs jours dans des environnements ruraux isolés avec un accès très variable à l'éducation et au conseil en matière de prévention du VIH, des IST et des hépatites et des fournitures de réduction des risques. Les participants ont également parlé des pratiques de « Chemsex » parmi des groupes fermés de jeunes qui fréquentent des clubs et des lieux et utilisent principalement des psychostimulants, et diffèrent donc des opioïdes souvent plus âgés utilisant des éducateurs pairs expérimentés en matière de prévention du VIH, des IST, des hépatites et de la réduction des risques :

*« Il s'agit de groupes fermés (formés de participants connus et de confiance), dans lesquels les risques de transmission du VIH, des IST et de l'hépatite lors de rapports sexuels non protégés s'ajoutent aux risques de consommation de drogues injectables. Il y a un manque évident de leaders d'opinion »*



## VALEURS ET PRÉFÉRENCES DES POPULATIONS CLÉS POUR SERVICES VIH, HÉPATITES ET ITSS : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

*pairs » formés et compétents de ce groupe qui constituent la base des interventions comportementales. » Homme Utilisateur de drogues, région Europe*

Même si les pratiques associées au « Chemsex » ou à l'utilisation de drogues pour améliorer les expériences sexuelles sont bien reconnues parmi les hommes gais et bisexuels dans certains contextes et régions, les participants ont souligné que cela ne signifie pas nécessairement que le « Chemsex » est toujours reconnu ou même ouvertement reconnu au sein des homosexuels. et les communautés bisexuelles qui, à leur tour, peuvent créer des obstacles à des interventions efficaces de réduction des méfaits. À cet égard, les participants ont souligné l'importance du cadre et du contexte, et que ce qui est reconnu et abordé dans les cadres privés tels que les maisons privées peut être très différent de ce qui est reconnu dans des cadres plus publics tels que les clubs et les lieux de SOP où des drogues peuvent être utilisées pour améliorer les expériences sexuelles, mais il n'y a pas de reconnaissance ouverte de telles pratiques en raison des lois, règlements et autres obstacles. Par exemple, les pairs éducateurs participant à cette étude ont parlé de lieux où Chemsex a lieu mais n'est pas reconnu et les attitudes et lois antidrogue obligent les pairs éducateurs à cacher ce qu'ils font, ce qui sape fondamentalement le travail qu'ils essaient de faire :

*« ... c'est comme si vous pouviez donner des préservatifs, mais si les propriétaires vous voient distribuer des pailles à renifler ou des kits G ou des kits d'injection, ils sont comme si vous vous feriez virer. Donc, vous devez les garder dans votre sac à dos. Et comme, personne ne peut voir que vous l'avez... C'est vraiment frustrant. » Homme utilisateur de drogue, région des Amériques.*

Les participants ont également attiré l'attention sur les silences et le manque de reconnaissance qui se produisent dans l'espace où Chemsex interagit avec des applications de connexion et des espaces de connexion/sexuels en temps réel qui disent qu'ils sont sans drogue et ont des politiques de tolérance zéro et donc, interdire toute discussion sur le Chemsex et la réduction des risques sur ces applications. Cela peut avoir des impacts négatifs sur l'accès à la prévention du VIH, des IST et des hépatites ainsi que sur les tentatives visant à fournir un accès à des informations et à des fournitures de réduction des méfaits grâce à la sensibilisation des pairs dans ces contextes.

D'autres participants masculins gais et bisexuels ont également attiré l'attention sur la complexité entourant les concepts de « Chemsex », y compris le fait que l'utilisation de drogues pour améliorer les expériences sexuelles est pratiquée par des hommes gais et bisexuels de nombreux groupes d'âge, origines et niveaux de connaissances. Ces participants ont ajouté qu'il peut y avoir de nombreuses raisons différentes pour lesquelles les gens s'engagent dans « Chemsex » qui affectent les types d'interventions comportementales, d'éducation et de soutien qui pourraient être nécessaires. À titre



d'exemple, un participant de la région européenne a expliqué que certains hommes gais et bisexuels plus âgés pourraient s'engager dans le « Chemsex » pour améliorer les performances et le plaisir sexuels dans le contexte des aspects physiques du vieillissement. Cela peut signifier que des hommes qui n'ont peut-être jamais injecté auparavant, se retrouvent à le faire dans le contexte du « Chemsex » sans éducation adéquate ou accès à des fournitures de réduction des risques et il peut être très difficile de les atteindre en raison de multiples obstacles, notamment la stigmatisation liée à la drogue, la honte et les politiques répressives en matière de drogue.

Plusieurs participants ont également souligné l'importance d'écouter la communauté et la langue et la terminologie que les communautés préfèrent utiliser et trouver les plus stimulantes en ce qui concerne les conversations sur le « Chemsex » et la prévention du VIH, des IST et des hépatites. Par exemple, les participants ont soulevé des inquiétudes concernant les perceptions de « risque » et de « dommage » et le fait que ces concepts ne sont pas en quelque sorte universels mais plutôt relatifs et que la pratique potentiellement risquée ou nocive d'une personne peut être la source de plaisir, de sens et de connexion d'une autre personne. Par conséquent, les participants ont souligné l'importance de ne pas toujours ou uniquement se concentrer sur les « risques » :

*« ... parce qu'il y a cette idée que le sexe gay est intrinsèquement risqué. Donc, quand vous utilisez comme le mot risque, comme cinq ou 10 fois au milieu d'une phrase, en essayant de parler de sexe gay et de consommation de substances, comme tout ce que vous faites, c'est renforcer la peur quand vous pouvez avoir le même message, mais d'une manière plus positive, nous pouvons parler de la façon dont nous pouvons nous protéger, prévenir les choses, par opposition à ce sont les risques et c'est pourquoi c'est risqué. Personne utilisatrice de drogues non binaires, région des Amériques*

*« Nous ne parlons jamais de plaisirs et de comment, peut-être, arbitrer ou équilibrer, plaisir et risque. Quand il s'agit de Chemsex, il semble uniquement se concentrer sur la régulation du risque. » Femme utilisatrice de drogues, région Europe*

Le premier participant ci-dessus a également soulevé les problèmes liés à la santé sexuelle et à la consommation de drogues étant très séparés et cloisonnés par rapport aux interventions et aux services en déclarant que : « ... Je pense que c'est un élément énorme lorsque nous parlons de Chemsex, n'est-ce pas ? Comme comment pouvez-vous ne pas les avoir ensemble? Vous savez, allez dans cette clinique de santé sexuelle pour parler de sexe, puis allez dans la rue pour obtenir votre, vous savez, une éducation sur la drogue. Les participants ont souligné que cela pourrait signifier que les



gars qui s'engagent dans Chemsex pourraient en savoir beaucoup sur la prévention du VIH, la PrEP, même le dépistage des IST, mais ne savent rien sur la prévention des surdoses ou la naloxone ou pourquoi ils pourraient en avoir besoin. En fin de compte, ces participants étaient intéressés par des moyens d'éliminer le cloisonnement traditionnel de l'information et des services et d'éliminer les renforcements négatifs liés à la fois au sexe et à la drogue et à se concentrer plutôt sur la manière d'engager avec succès les gens d'une manière qui les autonomise et les soutient. d'avoir accès à l'information, aux fournitures et aux services dont ils ont besoin.

Dans ce contexte, un certain nombre de participants ont parlé plus en détail des approches contemporaines et des travaux émergents dans l'espace « Chemsex », en particulier en ce qui concerne les hommes gais, queer et bisexuels et comment les programmes et les approches sont de plus en plus partagés et adaptés entre les régions. Par exemple, des participants d'Australie ont donné l'exemple de s'inspirer de programmes modélisés d'Europe et d'Asie. Ces participants ont également souligné que le langage dans certains contextes est désormais beaucoup plus axé sur des termes tels que « PnP », y compris « Party & Play » et « Push & Play » que sur l'utilisation de termes tels que « Chemsex », qui est maintenant beaucoup moins utilisé dans ces contextes.

Le terme « usage de drogue sexualisé » a également été évoqué comme alternative à la terminologie « Chemsex ». « L'usage de drogues à caractère sexualisé » a été expliqué comme étant beaucoup plus axé sur « le plaisir et l'amusement », « la fluidité », « la création de cultures de soins » et « être un bon hôte » qui peut créer des voies vers le dépistage du VIH par les pairs et d'autres brèves et pairs- interventions basées sur les IST et la consommation de drogues. Ces participants ont estimé que ces concepts plus larges tels que « consommation de drogues sexualisée » et « cultures de soins » ont également l'avantage de trouver un écho bien au-delà des hommes gais, queer et bisexuels, y compris pour les hommes trans, les femmes trans et les hétérosexuels cis-genres qui s'engagent dans l'utilisation de drogues pour améliorer les expériences sexuelles.

Enfin, en ce qui concerne les préférences quant à la façon dont les services/interventions sont fournis, où ils sont fournis et par qui il y avait un consensus général parmi les participants que les interventions et les services liés à la consommation de drogues Chemsex/PnP/sexualisée doivent être adaptés mais aussi flexibles pour répondre aux besoins spécifiques et évolutifs des différentes communautés :

*« ... donc, il semble qu'il y ait une sorte d'ensemble d'offres qui fonctionnent parce qu'il reconnaît que tous les types de choses ne fonctionnent pas pour chaque personne et que les gens sont à un endroit différent dans leur propre voyage ou en termes de réflexion. sur leur propre usage, aussi. »*

Personne utilisatrice de drogues non binaires, région du Pacifique occidental



Dans la mesure où des interventions comportementales spécifiques ont été suggérées, celles-ci pourraient être brièvement résumées comme suit :

1. Adopter des soins de santé affirmant le genre et des cultures de soins plus larges en relation avec les pratiques de « consommation de drogues sexualisée »/« PnP »/« Chemsex » pour soutenir des approches inclusives, non stigmatisantes, de prévention du VIH, des IST et des hépatites et de réduction des risques ;
2. Éducation et information sur mesure et ciblées dirigées par des pairs pour des groupes et des communautés spécifiques, différents contextes et lieux et diverses pratiques et drogues utilisées (comme discuté ci-dessus), y compris des informations nuancées qui reconnaissent le plaisir et le plaisir et pas seulement les risques potentiels ;
3. Accès à des kits ou des packs (tels que des « packs d'hébergement » ou des « kits de sécurité » qui sont confortables, faciles à transporter et encouragent les gens à « planifier leur sécurité »), y compris du matériel d'injection stérile, des préservatifs masculins et féminins, des lubrifiants, des tests de dépistage de drogue bandelettes, naloxone, dispositifs de mesure de la fréquence cardiaque et des niveaux de liquide dans le corps, informations sur le VIH, les IST, la prévention des hépatites et la réduction des méfaits (y compris la prévention et la réponse aux surdoses), et d'autres matériels identifiés par les communautés.

En outre, les participants ont également souligné le besoin de services plus complets qui fournissent des liens et des voies de soins pour des problèmes qui vont au-delà de la prévention de base du VIH et du dépistage des ITSS :

*« ... nous avons parlé à des gars qui sont engagés dans le Chemsex et ils ont tellement de priorités, qui ne sont jamais abordées, comme gérer une crise de santé mentale, gérer la psychose et faire face à une personne en détresse ou en surdose... Euh, si vous avez affaire avec le taux de personnes racialisées qui sont dans le PNP, les personnes trans, les personnes non binaires, comme il y a tellement d'autres choses qui entrent en jeu, mais le VIH [la prévention] comme l'utilisation appropriée du préservatif et la PrEP c'est comme si on nous enfonçait un parcelle. »* Homme utilisateur de drogues, région des Amériques

*« Il y a un besoin de plus de services psychosociaux à la clinique pour hommes pour éduquer sur les risques et autres problèmes liés au sexe et à la consommation de drogue. »* Homme utilisateur de drogue, région Afrique

Enfin, les participants soulignent le caractère central de la communauté, des liens et de la culture et le rôle clé des approches de réduction des méfaits et de leadership fondées sur les pairs, non seulement dans le partage d'informations et l'apprentissage





mutuel, mais aussi dans la création de communautés positives et responsabilisantes. Cependant, parmi les conversations sur Chemsex et la réduction des méfaits par les pairs, il y avait le fait que certains participants pensaient qu'à ce jour, Chemsex n'avait pas été étroitement lié au mouvement des droits des toxicomanes. Certains participants ont estimé que cela est en partie dû au fait que certaines personnes qui s'engagent dans Chemsex ne souhaitent pas s'identifier comme des consommateurs de drogues, principalement en raison de la stigmatisation et de la discrimination. Ces participants ont exprimé l'opinion que cette stigmatisation intériorisée et la peur de la stigmatisation et de la discrimination des autres peuvent signifier que les principes et les pratiques de réduction des méfaits n'atteignent pas toujours les communautés Chemsex. Les participants ont estimé qu'il devrait y avoir plus d'efforts de la part des programmes dirigés par les utilisateurs de drogues et de réduction des méfaits pour aborder ce problème à l'avenir. Il y avait également une forte opinion que cela devrait être dirigé par des pairs qui font eux-mêmes partie des communautés Chemsex pour mener des activités « d'approche » ou « de sensibilisation », engager les gens et fournir des services, y compris des services de soutien et de conseil par les pairs :

*« Il est nécessaire de former une nouvelle génération de travailleurs de proximité, de pair à pair des consultants qui font partie de cette génération et de cette sous-culture, etc. »* Homme utilisateur de drogues, région Europe

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une intervention comportementale, il convient également de noter que de nombreux participants ont également souligné l'importance cruciale des réformes politiques et législatives pour éliminer les obstacles structurels, en particulier les politiques répressives en matière de drogues et les politiques et pratiques stigmatisantes et discriminatoires, afin que les gens n'aient pas à se cacher et puissent maintenir la sécurité et accéder pleinement aux approches disponibles pour réduire les dommages potentiels associés aux pratiques de consommation de drogues sexualisées/'PnP'/Chemsex'.

**a. Interventions comportementales pour réduire les risques liés au VIH, aux IST et au VHC**

Les participants ont été interrogés sur les interventions comportementales qui, selon eux, pourraient être utiles pour réduire les comportements à risque associés au VIH, aux IST et à l'hépatite virale chez les personnes qui s'injectent des drogues. Bien qu'il ait été demandé aux participants de se concentrer spécifiquement sur les interventions d'éducation sanitaire et de conseil, il est important de reconnaître que plusieurs participants ont soulevé la nécessité pour l'OMS de mieux définir ce que l'on entend par « interventions comportementales », en particulier dans le contexte de l'examen et de la mise à jour de la Directives 2016 consolidées. Cela dit, en se concentrant spécifiquement sur les interventions d'éducation sanitaire et de conseil



en rapport avec le VIH, les IST et l'hépatite virale chez les personnes qui s'injectent des drogues, une majorité de participants ont largement exprimé l'opinion que si de telles interventions peuvent être utiles, c'est l'approche et ensuite les compétences, la formation et les attitudes de ceux qui dispensent l'éducation et/ou les conseils qui sont les plus importants :

*« Ce qui compte vraiment, vous savez, c'est qui fait le conseil, a-t-il suffisamment de compétences et de formation ? Sont-ils capables de le faire d'une manière efficace qui n'est pas condescendante et, encore une fois, en ce qui concerne l'éducation à la santé, qui la dispense et comment c'est fait et de quelle manière transmettent-ils les messages clés ? Je suppose que ma principale préoccupation concernant les interventions comportementales, en ce qui concerne les personnes qui consomment de la drogue, est de savoir quel est le but ultime et je trouve que beaucoup d'entre elles concernent généralement le conseil ou l'éducation dans le but ultime de l'abstinence ou, vous savez, du rétablissement. et je pense que quand c'est fait de cette façon, ça peut être très rebutant. »* Femme utilisatrice de drogues, région Europe

Une fois que les participants ont établi que les principes fondamentaux et les fondements de toute intervention comportementale chez les personnes qui s'injectent des drogues doivent être axés sur une approche de réduction des méfaits, la plupart des participants ont exprimé l'avis que les interventions d'éducation à la santé devaient se concentrer principalement sur des pratiques d'utilisation de drogues par injection plus sûres. Plus précisément, les participants ont souligné que les personnes qui s'injectent des drogues doivent avoir accès à des aiguilles et seringues stériles et à d'autres équipements d'injection par le biais du PSN, mais en même temps, les participants ont également souligné la priorité parallèle de l'éducation/information sur les pratiques d'injection sûres, la réduction des injections à risque liées risques pour la santé, y compris les abcès, l'hépatite C, le VIH et l'hépatite B et l'éducation sur les pratiques sexuelles à moindre risque :

*« Je veux dire, comme avoir l'information est essentiel. Si vous n'avez pas les informations, que pouvez-vous faire ? Droit ? Je pense que c'est comme, numéro un, comme avant toute chose avant le conseil, avant toute autre chose, nous devons fournir des informations aux gens. Si je n'ai pas les informations, alors je ne peux pas me protéger de toute façon. »* Femme utilisatrice de drogues, région des Amériques

Les participants ont également souligné l'importance de messages clés et d'une éducation par les pairs précise qui suit les principes de réduction des risques tels que ne



pas partager ou réutiliser le matériel d'injection, avoir son propre kit, ne pas injecter d'autres et la sensibilisation générale au sang pendant l'injection, le lavage des mains, etc. Cela dit cependant, de nombreux participants ont également souligné que, selon le contexte, les messages d'éducation peuvent être des « meilleures pratiques » et diffusés par des pairs, mais cela ne signifie pas que les personnes qui s'injectent des drogues ont les moyens de mettre en œuvre ces stratégies :

*« C'est une chose de donner aux consommateurs de drogues injectables des messages d'éducation sur l'injection plus sûrs, mais ont-ils même accès à du nouveau matériel d'injection et même s'ils le font, ont-ils un accès suffisant pour mettre les messages en pratique ? »* Homme utilisateur de drogues, région du Pacifique occidental

D'autres participants, en particulier dans les PRFI, ont souligné l'importance d'une éducation sanitaire continue qui est dispensée à travers une variété de mécanismes et de formats différents pour tenir compte des différents niveaux d'accès, de connaissances et d'alphabétisation et pour combiner cela avec des conseils et d'autres soutiens psychosociaux pour une efficacité maximale :

*« Une éducation continue où cela sera répété plusieurs fois et non seulement en donnant des brochures aux gens, mais en expliquant aux gens que certains sont analphabètes, avec des interventions psychosociales où ils peuvent même avoir des cours et apprendre une compétence qui sera combinée avec les objectifs d'apprentissage. »* Personne utilisatrice de drogues non binaires, région Afrique

La nécessité d'un accès accru à des interventions spécifiques d'éducation à la santé pour les personnes qui s'injectent des drogues en lien avec l'hépatite C dans les PRFI a également été soulevée par plusieurs participants qui ont signalé que malgré la disponibilité de l'information au niveau des services, il existe des lacunes persistantes et importantes dans les connaissances des gens. sur la prévention, le dépistage et le traitement du VHC :

*« Les informations sur l'hépatite C ne sont pas connues au niveau communautaire, même lors de l'accès aux services, elles sont encore limitées. »*  
Homme utilisateur de drogue, région Afrique

Comme déjà indiqué ci-dessus, plusieurs participants ont souligné l'importance non seulement de savoir par qui le conseil est fourni, mais aussi de la philosophie sous-jacente en matière de réduction des risques plutôt que de promouvoir l'abstinence de la consommation de drogues en soi. Bien que les participants aient reconnu que les



individus peuvent souhaiter avoir accès à des conseils pour réduire et/ou cesser la consommation de drogues, ils ne pensaient pas que cela ne devrait pas être l'objectif principal du conseil pour la prévention du VIH, des IST et des hépatites chez les personnes qui s'injectent des drogues, car cela peut forcer les gens à s'éloigner des services et programmes essentiels. En fait, lorsqu'on a demandé aux participants si le counseling était plus utile en tête-à-tête ou en groupe, plusieurs participants ont lié leurs réponses à ces mêmes questions clés liées au contexte, qui fait le counseling, qui est dans le groupe et quelles perspectives et philosophies par rapport à l'usage de drogues :

*« Vous savez, cela dépend simplement de l'endroit où vous êtes et de ce que vous faites et ce que je veux dire, c'est que le conseil n'est jamais efficace s'il est nécessaire. Comme forcer les gens à suivre des conseils, cela nie complètement ce qu'est le conseil. »* Femme utilisatrice de drogues, région des Amériques

Ce participant a ensuite continué à parler de counseling de groupe :

*« ... et donc, si je suis juste jeté dans une cure de désintoxication avec un tas de gens, et que tu fais ça juste pour perdre du temps ou pour passer le temps, ce n'est pas utile non plus. Donc, la seule fois où un groupe me serait utile, c'est si je respecte les gens du groupe et je pense qu'il est vraiment important que je considère les gens du groupe comme des pairs, des gens qui ont la même éthique que moi, des gens qui pensent à la consommation de substances de la même manière que moi. Je ne serais pas capable de m'asseoir dans un groupe de personnes qui pensent que la consommation de drogue est intrinsèquement mauvaise, et que, vous savez, il n'y a aucun moyen de l'utiliser de manière sûre parce que je serais tellement occupé, comme penser à toutes les raisons ils ont tort, que je ne serais pas capable de penser à la façon dont ce qu'ils disent pourrait m'aider. »* Femme utilisatrice de drogue, région des Amériques

En outre, quelques participants de différentes régions ont également spécifiquement raconté des expériences de refus d'accès à des conseils sur le VIH parce qu'ils n'étaient pas considérés comme suffisamment motivés pour s'abstenir de la consommation de drogues, y compris le fait d'être sous TSO :

*« Quand on m'a diagnostiqué le VIH, on m'a refusé des conseils parce que je prenais de la méthadone. Donc, je veux dire, ce n'est pas seulement pour le conseil, mais comme ça pour une gamme de soins de santé, et surtout si vous êtes un utilisateur d'opioïdes. »* Homme utilisateur de drogues, région Europe de l'Ouest.



D'autres participants ont souligné la nécessité d'une gamme d'approches de conseil différentes (et d'autres interventions comportementales) pour garantir que les personnes ont accès aux types spécifiques de soutien et de services dont elles ont besoin à différentes étapes de leur parcours de santé et de vie. Un participant a évoqué l'idée d'une « boîte à outils » pour doter les gens des informations, des compétences et du soutien dont ils ont besoin pour gérer leur santé et rester en bonne santé dans le temps :

*« Cela dépend du sujet individuel. Je suppose qu'avec le VIH, il est beaucoup plus difficile de parler à un groupe. Il m'a fallu 10 ans pour m'admettre que je l'avais, sans parler de quelqu'un d'autre. Donc, l'idée de moi assis dans un groupe et discutant de choses... comme ça ne se produisait pas. Donc, je suppose qu'il existe une gamme d'options dans chaque intervention pour les personnes, donc l'option de le faire individuellement ou en groupe, qu'il s'agisse de conseils sur le VIH, de prévention de la naloxone [pour les surdoses], de prévention des rechutes. Toutes ces petites choses qui vous donnent des outils à transporter dans votre boîte à outils pour éviter les méfaits et les risques et réduire ce risque. »* Homme utilisateur de drogues, région Europe

Enfin, bien que les participants dans certains contextes aient identifié le conseil pendant le dépistage du VIH, des IST et de l'hépatite et d'autres soutiens psychosociaux, en particulier fournis par les services communautaires dirigés par des pairs, comme très utiles, mais d'autres participants ont souligné que le conseil n'est utile que s'il est facilement disponible. Un participant a parlé des lacunes persistantes dans la disponibilité de conseils pour les personnes qui s'injectent des drogues, en particulier dans les PRFI :

*« Au départ, lorsque nous avons suffisamment de personnel, c'était efficace, car les personnes qui auraient autrement adopté un comportement à risque avaient cette structure pour savoir qu'il y a quelqu'un à qui parler, mais pour le moment, ce n'est pas efficace parce que nous n'en avons pas assez. conseillers. »* Femme utilisatrice de drogue, région Afrique

## 2. Modes de prestation de services VIH/IST/hépatite

On a posé à tous les participants une série de questions sur la prestation de services, et plus particulièrement des questions sur la façon dont les services sont fournis, y compris des questions sur la valeur et l'impact des pairs navigateurs, le rôle des services dirigés par les usagers de drogues et les points de vue des participants sur l'utilisation des outils et des plateformes en ligne pour VIH et hépatite virale chez les consommateurs de drogues injectables.



a. Perceptions des pairs navigateurs et leurs impacts sur l'initiation et la rétention dans les programmes de traitement et de prévention

*« S'il était fourni par un pair, je serais plus disposé à écouter »* Femme utilisatrice, région Afrique

À bien des égards, le commentaire ci-dessus résume la plupart des réponses des participants à cette question sur les perceptions des pairs navigateurs et leur impact sur l'initiation et la rétention dans les programmes de traitement et de prévention. Pour la majorité des participants à cette étude, quel que soit le pays ou la région, les pairs navigateurs étaient considérés comme « essentiels en raison de leur expérience vécue ». Les pairs navigateurs/pairs travailleurs/pairs éducateurs étaient très appréciés et appréciés dans le contexte du traitement et des soins de prévention du VIH, des IST et de l'hépatite. Pour ce qui est de discuter de ces questions au niveau mondial, il est important de reconnaître qu'un certain nombre de participants aux groupes de discussion ont déclaré qu'ils ne connaissaient pas le terme « pairs navigateurs » mais qu'une fois expliqué, ils étaient universellement favorables au concept de les pairs navigateurs et leur capacité (s'ils sont correctement soutenus et dotés de ressources) à « agir comme un pont entre deux mondes différents », à établir des liens avec les personnes qui s'injectent des drogues, à faciliter leur accès à la prévention et au traitement et, surtout, à aider les personnes à commencer et à poursuivre le traitement :

*« Je pense qu'il doit y avoir une sorte de figure de liaison, qui commence immédiatement à s'occuper de vous, ne faisant pas la marche à votre place, mais étant là avec la personne, organisant des calendriers pour les examens et allant à l'hôpital et ceci et cela, parce que c'est difficile, même pour les utilisateurs à long terme, de naviguer dans le système de santé et les systèmes de soutien social »* Homme utilisateur de drogue, région européenne

Conformément aux commentaires faits au sujet de « Chemsex » ci-dessus, un autre participant a souligné l'idée de « soins » et que toutes les prestations de services par les pairs ne se font pas dans des cadres formels ou même par le biais d'un programme financé, mais qu'au cœur de la l'éducation et le soutien sont le concept d'être motivé à prendre soin les uns des autres :

*« Encore une fois, pour moi, tout dépend des cultures de soins, qu'il s'agisse de distribution par les pairs et d'avoir suffisamment d'équipement pour que mes camarades viennent me le chercher lorsqu'ils en manquent, ou d'avoir de la naloxone ou de distribuer de la naloxone à mes amis... Donc, c'est un quelque chose de conscient et c'est peut-être simplement informel, mais c'est là et il s'agit d'une culture de soins. »* Personne utilisatrice de drogues non binares, région du Pacifique occidental





En ce qui concerne les caractéristiques spécifiques qui font des pairs navigateurs performants, les participants ont fait état d'un éventail de points de vue largement dépendant du contexte et de la région géographique, mais les caractéristiques les plus courantes étaient : « avoir de la passion », « être un bon communicateur », « un auditeur attentif », « digne de confiance », un « travailleur d'équipe » et étant « empathique » et « dévoué ». Bien qu'aucun participant n'ait déclaré que les pairs navigateurs/pairs travailleurs devraient provenir de l'extérieur de la communauté, certains participants dans certains contextes pensaient que les pairs ayant une expérience antérieure de la consommation de drogues injectables peuvent travailler dans certains contextes, mais d'autres ont déclaré que les pairs navigateurs devraient être des « utilisateurs actifs » en raison du risque de perdre le lien avec la communauté et de voir les connaissances d'un individu en matière d'utilisation de drogues devenir obsolètes ou non pertinentes :

*« En tant qu'ancienne pair, les gens de la communauté s'identifiaient à elle et savaient que lorsqu'ils lui diraient quelque chose, elle comprendrait et les aiderait au mieux de ses capacités et s'adresserait à eux à leur niveau et en parlant dans leur langue. »* Femme utilisatrice de drogues, région Afrique

*« Je comprends que quelqu'un qui ne s'injecte plus de drogues peut avoir beaucoup à offrir, mais est-ce un pair ? Tout est une question de connexion, je pense, car les pratiques et même les drogues utilisées changent tout le temps et les connaissances doivent être à jour, mais je suis également consciente que la criminalisation peut rendre difficile la sortie des gens dans de nombreux contextes... »* Région du Pacifique occidental

En plus de souligner l'importance du lien avec la communauté et l'actualité des connaissances, le commentaire ci-dessus met également en évidence les complexités liées aux pairs navigateurs/travailleurs et l'impact des facteurs structurels tels que la criminalisation et la stigmatisation et la discrimination systémiques sur la capacité des pairs à faire le maximum de l'assistance et de la connexion aux services qu'ils peuvent fournir. Liée aux questions d'actualité et de pertinence des connaissances est la question de l'âge et de son importance par rapport aux pairs navigateurs et à leur capacité à établir des liens avec les personnes qui s'injectent des drogues et à gagner leur confiance. Pour de nombreux participants à cette étude, les pairs navigateurs sont considérés comme des modèles, mais alors que certains participants ont déclaré que « les pairs navigateurs plus âgés sont davantage respectés », d'autres croyaient qu'être du même âge (et du même sexe) est essentiel à la façon dont les personnes qui s'injectent des drogues se connectent avec, comprennent et établissent la confiance les uns avec les autres et avec les pairs navigateurs :



« Les jeunes craignent d'accéder à ces services car ils rencontreront peut-être l'ami de leurs parents, mais sachant que leurs amis font un travail de sensibilisation, ils ouvrent et vous racontent tous leurs problèmes... cela contribuera grandement au traitement et à la prévention. » Femme utilisatrice de drogues, région Afrique

« Si je suis une personne âgée consommant des opiacés et que je viens conseiller un jeune consommateur qui utilise de la méphédronne, alors je ne serai pas une autorité pour lui. Dans les pays asiatiques, leurs traditions sont très honorées, et nous avons une attitude respectueuse envers les personnes âgées depuis l'enfance. C'est pourquoi les jeunes n'accepteront pas un consultant de l'âge avancé, car avec son mode de vie, il brisera leur idée du respect de l'âge. Les jeunes ont besoin de pairs consultants du même sexe et du même âge. » Femme utilisatrice de drogues, région Europe

Un autre participant a fait remarquer que selon qui vous essayez d'atteindre, c'est ce que vos pairs navigateurs/travailleurs doivent être. Par exemple, si vous faites de la sensibilisation auprès des jeunes, vous avez besoin de jeunes. Si vous faites de la sensibilisation auprès des personnes âgées, vous avez besoin de personnes âgées. Il ajouta :

« C'est comme si les gens n'étaient pas difficiles à atteindre. C'est juste que vous n'avez pas les bonnes personnes pour les atteindre. » Homme utilisateur de drogues, région des Amériques

On a également demandé aux participants s'ils avaient des inquiétudes quant à l'utilisation de pairs navigateurs. Pour la plupart, les préoccupations signalées par les participants portaient sur l'impact d'être « dehors » en tant que pair consommateur de drogue et les implications négatives potentielles que cela peut avoir pour ces personnes, notamment le fait d'attirer l'attention de la police tout en essayant de faire leur travail :

« La police vient parfois déranger les personnes qui s'injectent des drogues et vous fouiller pendant que vous offrez des services à la communauté en pensant que vous avez de la drogue sur vous. » Femme utilisatrice de drogues, région Afrique

D'autres ont souligné comment le seul mot « pair » ou même le titre de « pair travailleur » ou « pair-navigateur » peut « dénoncer » les personnes en tant que personnes qui consomment des drogues et peut avoir des implications négatives pour ces personnes en fonction du contexte concerné :



*« Pour commencer, nous ne pouvons pas simplement dire « pairs » pour les personnes ayant une expertise vécue / vivante d'une drogue. Lorsque nous sommes appelés pairs, cela nous exclut automatiquement en tant que personne qui consomme de la drogue et parfois même en tant que drogue que la personne consomme. Pourquoi devons-nous mettre plus d'étiquettes sur les gens ? » Femme utilisatrice de drogue, région des Amériques*

La question de savoir comment les pairs ou les personnes ayant une expérience vécue directe de la consommation de drogues peuvent être traitées lorsqu'elles sont les seules ou l'une des rares pairs éducateurs dans un service de santé plus conventionnel. Ces participants ont soulevé la nécessité d'une formation sur la stigmatisation et la discrimination pour les prestataires de services de santé comme condition préalable à l'engagement des pairs navigateurs ou des travailleurs :

*« Les pairs travailleurs sont souvent très mal traités par les services traditionnels. Je veux dire, quel est l'intérêt d'envoyer des pairs dans un service où ils ne sont pas recherchés, pour travailler avec des gens qui ne veulent pas vraiment être traités dans ce service ? En fin de compte, il existe un réel besoin de formation sur la stigmatisation pour les services de première ligne afin de travailler avec et de respecter les pairs avant qu'ils n'aient accès à des travailleurs pairs. » Femme utilisatrice de drogue, région du Pacifique occidental*

Enfin, les participants ont également été invités à réfléchir au moment où ils pensaient que les pairs navigateurs/travailleurs avaient le plus d'impact. La plupart des participants qui ont donné leur avis sur cette question ont déclaré que les pairs navigateurs/travailleurs pairs peuvent être parmi les travailleurs les plus influents dans le contexte des services de prévention, de traitement et de soins du VIH, des IST et de l'hépatite, y compris des commentaires tels que les personnes qui s'injectent des drogues « ne ne faites confiance ni aux organismes chargés de l'application de la loi (LEA) ni aux médecins - un consultant peer-to-peer sera le plus efficace. Un autre participant a fait référence à des recherches montrant que les services de PES basés sur les pairs offrent des résultats psychosociaux nettement meilleurs pour les personnes qui s'injectent des drogues que les modèles de services de PES non basés sur les pairs en ce qui concerne la prévention du VIH et de l'hépatite.

Cependant, plusieurs participants ont également souligné qu'il existe de nombreux facteurs qui peuvent nuire à l'efficacité et à l'impact des pairs. En particulier, les participants ont souligné l'importance de fournir aux pairs navigateurs/travailleurs des ressources adéquates, notamment en étant payés de manière juste et équitable par rapport aux autres travailleurs non pairs dans le même service ou



organisation. Les participants ont indiqué que les pairs n'étaient « pas considérés comme professionnels », « sous-évalués », « non rémunérés » et non reconnus de la même manière que les autres travailleurs et ne recevaient pas une formation et un soutien adéquats :

*« Ce que nous voyons, c'est que le pair travailleur est toujours un pair travailleur et n'est jamais considéré comme un professionnel possédant des connaissances techniques. Et généralement, ils ne sont engagés que dans ces positions et ils ne peuvent pas aller plus loin que cela. Pour moi, j'ai vraiment du mal avec ça. »* Femme utilisatrice de drogues, région Europe

*« Les pairs-travailleurs doivent être formés, soutenus et correctement payés afin d'éviter d'exposer les gens à l'épuisement professionnel et au stress. »*  
Femme utilisatrice de drogues, région Europe

En fin de compte, malgré les nombreuses nuances et complexités, deux participants ont résumé les messages clés à retenir par rapport aux pairs navigateurs de la manière suivante :

*« Je crois vraiment à la reconnaissance des pairs en tant qu'experts ou professionnels dans leur propre vie, car un, ils ont déjà l'empathie, le soutien et la connexion - pair à pair, puis deux, donnez-leur les outils comme l'entretien de motivation, même la TCC et tout à coup, vous avez accès à du matériel d'injection et une utilisation plus sûre est terminée, la fourniture de naloxone est terminée, les tests et le traitement du VHC sont effectués, je pourrais continuer... mais je veux dire, c'est incroyable. »* Homme utilisateur de drogues, région du Pacifique occidental

*« ...il y aura toujours de « nouveaux » drogues et « catégories », et vous aurez toujours besoin d'un cadre expérimenté de pairs travailleurs qui connaissent ce contexte spécifique. Être capable d'utiliser la langue de la communauté est essentiel pour établir des relations. »* Homme utilisateur de drogues, région des Amériques

- b.** Le rôle des réponses dirigées par les utilisateurs de drogues et leurs impacts sur l'initiation et la rétention dans les programmes de traitement et de prévention :

*« Je veux dire qu'il n'y a pas d'autre moyen de le faire. Pas d'autre moyen de le faire efficacement. Donc, toute discussion sur le fait de faire cela sans que les personnes qui consomment de la drogue soient impliquées - ce n'est que des ordures ! D'accord »* Femme utilisatrice de drogue, région des Amériques



Conformément aux commentaires faits ci-dessus par les participants concernant les pairs navigateurs/travailleurs et leur valeur et importance, la majorité des participants ont également exprimé l'opinion que les réponses dirigées par les utilisateurs de drogues sont essentielles à la capacité des personnes qui s'injectent des drogues à répondre à leurs besoins. en matière de prévention, de dépistage, de traitement et de soins du VIH, des ITSS et des hépatites. En outre, les participants ont déclaré que les réponses dirigées par les utilisateurs de drogues étaient non seulement importantes pour améliorer l'accès, en particulier aux programmes de prévention de la BBV, mais également pour la capacité des personnes à accéder au traitement contre le VIH et l'hépatite C, puis à continuer à suivre un traitement contre le VIH à plus long terme :

*« Ce n'est pas seulement un groupe d'utilisateurs, c'est bien plus. C'est presque cinq services en soi, parce que vous avez trié les virus transmissibles par le sang, vous avez trié la santé mentale, ou quelqu'un a eu de l'expérience avec le système de traitement et sera en mesure de guider et de faire savoir aux autres à quoi s'attendre, parce que la plupart du temps, la peur de ce à quoi s'attendre est la raison pour laquelle les gens ne se font pas tester... et les groupes de pairs sont essentiels à cela, je pense, car beaucoup de gens ne sont même pas engagés dans un traitement. Et c'est ce qui manque à beaucoup de services, ils ont là-bas une ressource vitale qu'ils n'utilisent généralement pas. »* Homme utilisateur de drogues, région Europe

*« Aujourd'hui, le traitement de l'hépatite C en [dans mon pays] est largement répandu non pas par l'État, mais par la communauté. Les personnes atteintes d'hépatite C ainsi que l'expérience de la consommation de drogues ont créé leurs propres ONG chargées du traitement de l'hépatite et travaillent maintenant directement avec les fabricants de génériques et fournissent un traitement à tous ceux qui en ont besoin dans tout le pays. Grâce à ces ONG, le seuil pour le traitement de l'hépatite C [dans mon pays] est maintenant assez bas. »* Femme utilisatrice de drogue, région Europe

D'autres participants ont parlé de la capacité unique des réponses dirigées par les utilisateurs de drogues non seulement à être flexibles et à « rencontrer les gens là où ils se trouvent » (plutôt qu'à l'endroit où un service pourrait préférer qu'ils soient) et, par conséquent, à être vraiment « centrés sur la personne ». , mais aussi leur capacité à atteindre et à gagner la confiance d'un large éventail de personnes qui s'injectent des drogues de divers horizons, identités et expériences :

*« Nous avons une baisse qui est gérée par des pairs. C'est un super centre d'accueil qui mélange des populations, vous savez, des personnes non binaires et des femmes et des travailleuses du sexe et des migrants. Il est géré par des*



*pairs et a déjà convenu avec un hôpital qu'une équipe avec un médecin s'y rend avec fibroscan et avec tout pour tester et commencer le traitement. Ils ont réussi à apporter le médicament de l'hôpital à la communauté. C'est donc un très bon exemple. » Homme utilisateur de drogues, région Europe*

Cependant, l'un des principaux problèmes soulevés par les participants était qu'en dépit de leur importance et du rôle critique que ces interventions jouent dans la santé des personnes qui s'injectent des drogues, dans de nombreuses régions concernées par cette étude, les participants ont estimé que dans de nombreux contextes, il y a un engagement insuffisant envers les réponses communautaires et a identifié un manque général de soutien pour les organisations et les services dirigés par des personnes qui consomment des drogues :

*« Nous avons une longue et fière histoire d'organisations dirigées par des pairs et dirigées par des pairs dans mon pays et il est certain que nos organisations et services ont été au cœur des efforts visant à mettre fin au VIH et à éliminer le VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues, mais c'est souvent non reconnu ou pris en charge. » Femme utilisatrice de drogue, région du Pacifique occidental*

En particulier, les participants ont souligné le manque d'intérêt du gouvernement et de « l'État » par rapport à l'implication des usagers de drogues dans les processus décisionnels liés à leur santé et à leur vie, malgré le fait que la communauté peut et est prête à agir en tant que partenaire égal. dans la lutte contre les épidémies de VIH et d'hépatites virales :

*« Depuis la création de [notre organisation dirigée par les toxicomanes], nous essayons d'établir une interaction avec l'État, mais tout va assez lentement. On pourrait penser que l'État devrait être intéressé par nos commentaires sur la façon de dépenser efficacement le budget pour le traitement et la prévention du VIH et de l'hépatite afin de réduire le fardeau des épidémies. Mais en fait, nous sommes obligés de nous offrir à l'État, car il s'agit de notre santé et de notre vie. Nous espérons que notre interaction avec l'État se développera au fur et à mesure que la communauté PUD se mobilise et se professionnalise. » Femme utilisatrice de drogue, région européenne*

Même lorsqu'il existe des organisations et des services dirigés par les utilisateurs de drogues, de nombreux participants ont évoqué un manque de capacité et le manque chronique de ressources de leurs organisations pour les rôles et les services qu'elles sont censées fournir. Les participants ont identifié le besoin de formation et de développement de la main-d'œuvre pour les organisations et services dirigés



par les utilisateurs de drogues, y compris « des informations et des compétences de base concernant les BBV » (y compris les dernières preuves cliniques et de recherche), « le développement et le maintien des limites professionnelles » et « l'engagement et l'éducation techniques » (y compris l'entretien motivationnel, la TCC et les approches d'enseignement et d'apprentissage). D'autres participants ont simplement identifié la nécessité de renforcer largement les capacités des organisations et services dirigés par les utilisateurs de drogues, car ils travaillent trop souvent de manière isolée sans ressources ni soutien adéquats :

*« Nous devons améliorer les services communautaires en renforçant les capacités et les compétences des membres de la communauté »* Homme utilisateur de drogue, région Afrique

Malgré les obstacles et le manque de ressources adéquates, les participants ont convenu que les réponses dirigées par les utilisateurs de drogues améliorent définitivement l'entrée et la rétention dans les services. Ils ont estimé que lorsque les organisations et les services sont gérés par des personnes qui consomment des drogues, les développements pratiques tels que l'augmentation des heures d'ouverture, les fonctions d'accueil et la conception de services pour répondre aux besoins et au mode de vie des personnes sont quelques-unes des améliorations qui peuvent résulter d'une meilleure compréhension de la façon dont les services devraient être conçus pour attirer et fidéliser les clients.

Les participants ont également estimé que le plaidoyer dirigé par les pairs a également un impact important pour garantir que les expériences vécues des personnes qui s'injectent des drogues sont prises en compte en utilisant le plaidoyer pour communiquer, faire pression et responsabiliser les gestionnaires de programme et les décideurs. Ils ont déclaré que le plaidoyer mené par les utilisateurs de drogues est capable de repousser l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nuisibles et qu'en entreprenant ce travail, les organisations dirigées par les utilisateurs de drogues sont des chiens de garde efficaces et indispensables pour la communauté. En outre, ils soutiennent que les organisations dirigées par des utilisateurs de drogues se concentrent sur des problèmes que les organisations plus générales de la société civile ne font pas, car elles ne sont pas aussi proches des expériences réelles et des problèmes de terrain.

- c. Personnes qui s'injectent des drogues utilisant des outils et des plateformes en ligne pour accéder aux services pour le VIH, les IST et le VHC :

En réponse à une question sur l'accès aux services en ligne pour le VIH, les ITSS et le VHC, la majorité des participants ont déclaré qu'idéalement, les personnes qui





s'injectent des drogues devraient avoir accès à une combinaison appropriée de services en personne/en personne et d'outils en ligne/numériques. et des plateformes avec des commentaires tels que « je pense qu'un mélange des deux est nécessaire » et « en ligne et en face à face - les deux ont leur place ». Cela dit, cependant, certains participants ont exprimé le point de vue selon lequel, étant donné que les personnes qui s'injectent des drogues sont hautement criminalisées et stigmatisées, il est important que les services et les interventions en personne ou en personne continuent d'être prioritaires en raison de problèmes de sécurité en ligne (voir plus ci-dessous) et pour faciliter l'autonomisation et en particulier, pour reconnaître les problèmes liés au manque d'accès aux technologies et aux niveaux d'alphabétisation :

*« Les interventions en face à face sont si importantes pour les PWUD car elles se sentent vues et entendues. Nous ne pourrions jamais renoncer aux interventions en face à face pour cette population. »* Homme utilisateur de drogue, région Afrique

Ce participant a continué...

*« Ce ne sont pas toutes les PWUD qui ont accès à la technologie de l'information avec des gadgets comme un smartphone ou un ordinateur. Les outils en ligne permettent de partager des informations ou de savoir où trouver des services. Mais la communauté ne peut pas utiliser uniquement l'accès en ligne et numérique aux services, elle doit aller là où se trouvent ces services. »* Homme utilisateur de drogue, région Afrique

D'autres ont également ajouté des réflexions sur les barrières et les limites...

*« Cela fonctionnerait bien pour les PWUD, cependant, ils ne sont pas tous car beaucoup ne possèdent pas de smartphone et le conservent longtemps, ou c'est un téléphone d'occasion ou même volé et peut disparaître à tout moment. S'ils ont ces gadgets, ils sont toujours en ligne et c'est un bon moyen pour eux d'accéder aux services de traitement. »* Femme utilisatrice de drogue, région Afrique

*« C'est surtout impossible avec les technologies, parce que vous perdez votre téléphone, vous perdez votre email. Nous avons essayé différentes choses et nous avons des ordinateurs là-bas et les gens peuvent consulter leurs e-mails. Mais aussi, avec la plupart des femmes qui viennent, elles ont l'habitude de se connecter avec vous sur FB mais pas comme outil d'information et de traitement. On est vraiment loin de ça. »* Femme utilisatrice de drogues, région Europe



## VALEURS ET PRÉFÉRENCES DES POPULATIONS CLÉS POUR SERVICES VIH, HÉPATITES ET ITSS : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

Un autre participant d'une autre région a également fait part de ses préoccupations concernant une dépendance excessive aux plateformes et outils en ligne ou numériques pour les personnes qui s'injectent des drogues et qu'une approche équilibrée est nécessaire et une attention aux implications psychosociales de l'utilisation des technologies et plateformes en ligne pour ces types de services et informations:

*« Je veux dire, les outils en ligne sont merveilleux, mais ils doivent être utilisés avec précaution et avec d'autres outils. L'une des choses qui peuvent arriver, c'est que nous pouvons devenir tellement dépendants des services en ligne que nous pouvons les aimer car ils nous permettent d'avoir de la distance avec les personnes avec lesquelles nous nous sentons mal à l'aise. Nous n'avons pas à nous déplacer, nous n'avons pas besoin de sortir dans la communauté, tout ça et de nous faciliter la tâche. Il n'y a rien dans ce travail qui est facile... la vie des êtres humains est désordonnée et souvent les services en ligne ne capturent tout simplement pas cela... »* Femme utilisatrice de drogue, région des Amériques

Cela dit, cependant, d'autres participants ont souligné que l'avènement de COVID les avait poussés en tant que services dirigés par des pairs et dirigés par des utilisateurs de drogues à fournir des outils en ligne et un accès à des services en ligne de BBV et de réduction des méfaits qu'ils n'avaient auparavant fournis qu'en personne, et que COVID les a forcés à innover dans le sens des services en ligne. Ils ont ajouté que certains des résultats et impacts de ces innovations ont été assez surprenants dans la mesure où ils ont considérablement ouvert l'accès aux services à des groupes qui n'étaient pas bien atteints auparavant grâce à la fourniture de services de réduction des méfaits liés au VIH et à l'hépatite C, y compris les commandes en ligne combinées à des services postaux. services pour les fournitures de PNA/réduction des méfaits. Une évaluation récente de l'un de ces nouveaux services NSP basés sur le Web/postaux axés sur les pairs a révélé que ces services en ligne attirent plus de jeunes et de femmes toxicomanes, ainsi que des toxicomanes d'origines culturelles diverses par rapport à leur visage traditionnel. prestations en présentiel :

*« Notre récent sondage sur les services en ligne et par la poste du NSP a montré que nous atteignons un nombre beaucoup plus important de personnes dans le groupe d'âge 18-25 ans, suivi par le groupe d'âge 25-35 ans. Et notre ratio hommes/femmes est presque égal, ce qui est presque du jamais vu dans les services NSP en face à face. Nous constatons également un taux plus élevé de personnes dont l'anglais n'est pas leur langue maternelle. Ces données sont vraiment incroyables et montrent ce qui peut être réalisé grâce à un mélange de différents modèles de service. »* Femme utilisatrice, région du Pacifique occidental



D'autres ont cependant souligné que COVID a également causé des problèmes en ce qui concerne l'utilisation d'outils et de plates-formes en ligne, y compris la façon dont ces approches peuvent fonctionner pour saper ou au moins faire reculer certains des gains importants réalisés pour reconnaître la valeur inhérente et le professionnalisme des pairs éducateurs et défenseurs. Plus précisément, les participants ont attiré l'attention sur la façon dont le passage à l'utilisation d'outils et de plates-formes en ligne pour le plaidoyer et la formation par les pairs pour les fournisseurs de services traditionnels a conduit à s'attendre à ce que les pairs fournissent gratuitement leurs expériences vécues uniques et leur expertise et connaissances spécialisées, en grande partie parce que il est maintenant fourni dans un environnement en ligne :

*« Vous savez, l'un des autres problèmes avec les outils en ligne est que nous sommes moins susceptibles de payer nos pairs et nos gens pour parler et parler, car tout ce qu'ils ont à faire est de se présenter sur l'ordinateur. Alors, alors que nous avons travaillé très dur et que nous étions arrivés à un endroit où les toxicomanes étaient payés pour leurs services. Maintenant, j'ai l'impression que nous avons reculé sur certains de ces points. Je me connais, j'ai parlé sur de nombreux webinaires différents au cours de la dernière année qui n'ont pas été payés, alors que tous ces concerts auraient été payés avant COVID. »* Femme utilisatrice de drogue, région des Amériques

Plusieurs participants ont également souligné que nous devrions nous abstenir de faire des suppositions générales selon lesquelles les personnes qui s'injectent des drogues sont peu susceptibles d'avoir accès aux données (en raison de la pauvreté et/ou d'un manque d'accès à la technologie) ou simplement qu'elles ne comprennent pas ou ne s'engagent pas avec des plateformes en ligne comme les autres le font. Alors que les participants ont reconnu que certaines personnes qui s'injectent des drogues n'ont peut-être pas un accès régulier ou facile aux données ou peuvent ne pas être très familiarisées avec les espaces et les outils en ligne, de nombreuses autres le sont. À cette fin, les participants croyaient qu'il s'agissait vraiment de reconnaître que, comme toutes les communautés, les personnes qui s'injectent des drogues constituent une population très hétérogène avec des expériences, des compétences, des ressources et des besoins divers. À cet égard, certains participants ont souligné la nécessité de se concentrer sur l'amélioration des environnements en ligne qui sont disponibles avec des informations et des outils pour répondre aux besoins spécifiques des personnes plutôt que de se concentrer continuellement sur si les personnes qui s'injectent des drogues ont accès ou non :

*« Nous devrions nous concentrer sur l'amélioration des plateformes en ligne avec les spécificités de chaque groupe de populations clés. »* Homme utilisateur de drogue, région Afrique



## VALEURS ET PRÉFÉRENCES DES POPULATIONS CLÉS POUR SERVICES VIH, HÉPATITES ET ITSS : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

*« Lorsque nous demandons aux gens plutôt que de faire des suppositions, nous constatons que les personnes qui s'injectent des drogues sont très engagées dans des environnements en ligne et nous devons simplement nous assurer que nous fournissons un large éventail de points d'accès différents afin que personne ne se sente exclu. » Femme utilisatrice de drogues, région du Pacifique occidental*

Ces participants ont souligné que les plateformes en ligne et numériques pourraient potentiellement très bien fonctionner en ce qui concerne l'accès à la prévention du VIH, des ITSS et du VHC pour les personnes qui s'injectent des drogues, mais que de nombreuses organisations dirigées par la communauté n'ont pas accès aux outils et aux ressources pour soutenir le service. la livraison et le partage des informations fournies de cette manière. Ces participants ont également déclaré qu'à leur avis, les interventions en face à face présentaient des avantages particuliers en ce qui pour les personnes ayant des problèmes d'alphabétisation, c'est donc vraiment une question d'équilibre et de choix :

*« Il y a certainement une place pour cela, mais pas de manière autonome. Pour certaines personnes, cela aide car vous n'avez pas besoin de vous rendre au centre-ville ou à travers le pays pour parler à leur travailleur clé. Pour certains, les gens préfèrent ne pas avoir de contact du tout. La question clé est le choix. » Homme utilisateur de drogues, région Europe*

En plus des nombreux avantages potentiels associés à une augmentation des services en ligne, les participants dans certains contextes ont également souligné que le passage à la fourniture de services en ligne en raison de COVID a également exacerbé les inégalités structurelles existantes parmi les personnes très marginalisées qui s'injectent des drogues qui vivent souvent dans la pauvreté. avec moins d'accès aux technologies numériques. Les participants ont fait part de leurs préoccupations concernant la sécurité en ligne, notamment l'utilisation croissante des empreintes numériques pour une surveillance accrue et comme preuve de la consommation de drogues illicites pour justifier les actions de la police et soutenir les poursuites judiciaires contre les personnes qui s'injectent des drogues.

En fin de compte, les participants ont estimé que les outils et plateformes en ligne devraient être considérés simplement comme un autre environnement qui apporte une variété d'avantages potentiels et d'inconvénients potentiels en ce qui concerne l'accès aux services pour le VIH, les IST et l'hépatite. De plus, comme un participant l'a spécifiquement souligné, il y a des personnes qui s'injectent des drogues qui ont des connaissances et des compétences en ligne considérables et l'utilisation de cette base de connaissances disponible sera essentielle pour l'avenir des services et des organisations basés sur les pairs et les utilisateurs de drogues :



*« PWUD devrait diriger chaque programme PWUD, y compris les plateformes en ligne, nous sommes plus que PWUD, beaucoup d'entre nous en savent beaucoup sur le développement de sites Web, la conception graphique, la gestion de cas, la fourniture de services et la crypto-monnaie » Femme utilisatrice de drogue, région des Amériques*

Ces idées sont également liées à certains commentaires spécifiques faits par des participants d'un certain nombre de régions différentes au sujet du « Darknet » et des opportunités et risques potentiels dans cet environnement pour fournir un accès, en particulier au matériel éducatif sur le VIH et l'hépatite C et à l'information sur la réduction des risques pour les personnes qui accèdent à cet environnement :

*« ... les consommateurs de drogues visitent les magasins Darknet beaucoup plus souvent que les points d'échange de seringues. Par conséquent, il est important de collaborer avec les commerçants de ces magasins afin qu'ils publient des informations sur la réduction des risques dans leurs publicités. Les acheteurs de substances liront ces informations en entrant dans la boutique en ligne. De plus, obtenir des informations en ligne est plus sûr pour eux - le degré d'anxiété est réduit. Je crois qu'il s'agit d'un sujet distinct et prometteur pour le plaidoyer communautaire aujourd'hui. » Femme utilisatrice de drogue, région Europe*

Indépendamment du fait que les organisations et services dirigés par des pairs et dirigés par des utilisateurs de drogues s'engagent dans le « Darknet » ou simplement dans l'Internet grand public via divers outils et plateformes en ligne, il ressort clairement de la réponse des participants à cette étude, que l'accès au VIH, aux IST et les services de prévention, de dépistage et de traitement de l'hépatite par le biais de mécanismes en ligne ne feront que se développer à l'avenir, mais il reste de nombreux problèmes à prendre en compte en ce qui concerne l'utilisation d'outils et de plateformes en ligne parmi les personnes qui s'injectent des drogues.

### **3. Barrières structurelles et environnements favorables**

On a posé à tous les participants une série de questions sur les interventions visant à éliminer les obstacles structurels à l'accès aux services de santé pour les personnes qui s'injectent des drogues, notamment la criminalisation, la stigmatisation, la discrimination et la violence. Les participants ont également été interrogés sur les interventions habilitantes qui, selon eux, pourraient aider à surmonter ces obstacles structurels à l'accès aux services pour les personnes qui s'injectent des drogues.

- a.** Perceptions de la manière dont la criminalisation de la consommation de drogues affecte l'accès des personnes aux services et leur capacité à suivre un traitement contre le VIH, les IST et l'hépatite virale ?



## VALEURS ET PRÉFÉRENCES DES POPULATIONS CLÉS POUR SERVICES VIH, HÉPATITES ET ITSS : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

La réponse écrasante de la plupart des participants à la question ci-dessus était simple et directe. Pour la grande majorité des participants, la criminalisation actuelle de la consommation de drogues dans la plupart des pays et régions du monde est le facteur qui a le plus d'impact sur la santé, les droits et la dignité des personnes qui utilisent/s'injectent des drogues et cela inclut (mais est sans s'y limiter) l'impact dévastateur sur la capacité des personnes à prévenir et à traiter les virus transmissibles par le sang tels que le VIH et l'hépatite C, ainsi que les IST et la tuberculose :

*« Si vous voulez voir la vie de quelqu'un passer d'une vie décente au chaos, impliquez la police. Je veux dire, la criminalisation est la pire chose que vous puissiez faire à une personne, à un tribunal et à une prison et tout cela est un bon moyen de simplement détruire la vie de quelqu'un. »* Femme utilisatrice de drogues, région des Amériques

*« La criminalisation est le principal obstacle à l'accès aux services et aux traitements pour le VIH, les ITSS et les hépatites, car elle dépeint immédiatement l'usager de drogue non pas comme un patient souffrant de toxicomanie, mais comme un criminel, à qui la société, y compris les agents de santé, ont une attitude appropriée. »* Femme utilisatrice de drogue, région Europe

*« Nos vies se terminent quand nous n'avons plus que des casiers judiciaires, nous ne pouvons même pas trouver de logement ou d'emploi. »* Femme utilisatrice de drogue, région des Amériques

Comme indiqué ci-dessus, la grande majorité des participants, quel que soit le pays ou la région, ont indiqué que la criminalisation est le principal obstacle pour les personnes qui s'injectent des drogues à accéder aux services et au traitement du VIH et de l'hépatite. De plus, de nombreux participants ont tenu à souligner que d'une manière ou d'une autre, tous les autres obstacles rencontrés par les personnes qui s'injectent des drogues découlent en grande partie de la criminalisation de la consommation de drogues ou en sont la conséquence :

*« Changer la loi et les PWUD auront facilement accès aux services de réduction des risques »* Homme utilisateur de drogue, région Afrique

*« Nous savons tous que les personnes qui s'injectent des drogues en particulier ne se présentent pas pour toutes sortes de services de santé et de soutien social en raison de la criminalisation. Cela crée tellement de barrières. Peu importe ce que c'est. Si c'est négatif et qu'il a un impact sur la santé d'une personne qui s'injecte des drogues, on peut presque garantir que c'est dû à la criminalisation. »* Homme utilisateur de drogues, région du Pacifique occidental



Les participants ont souligné comment la criminalisation isole les individus de leur communauté, rend difficile, voire impossible, l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement, mais aussi le maintien du traitement par crainte d'être arrêté ou pire. Les participants ont également raconté comment la criminalisation contribue à la stigmatisation et à la discrimination, même dans les établissements de santé :

*« Même dans le centre médical, il y a un sentiment de criminalisation, si je prends de la méthadone à l'extérieur du centre, la punition est sévère. »*  
Homme utilisateur de drogue, région Afrique

*« Dans notre pays, nous sommes toujours confrontés à la criminalisation, même en ayant des programmes de TSO. L'OST n'est pas dispensée au patient, il n'y a pas de points de distribution dans les petites localités, vous ne pouvez pas continuer à rester dans le programme OST si vous allez en prison. Avec un seuil d'accès aussi élevé aux TSO, beaucoup sont contraints de consommer des drogues de la rue, ce qui relève de la criminalisation. »* Femme utilisatrice de drogue, région européenne

Compte tenu de l'importance de cette question pour l'objet de cette étude, nous avons choisi d'inclure un compte de participant élargi de l'un des participants de la région européenne qui, selon nous, met en évidence l'impact de la criminalisation sur l'accès aux services et la capacité de rester en traitement pendant VIH, ITSS et hépatite virale chez les consommateurs de drogues injectables.

*« Je consomme de la drogue depuis 35 ans et j'ai vécu dans un pays avec une politique répressive en matière de drogue, où il n'y a pas de programmes de TSO. Je vis avec le VIH depuis 22 ans et depuis 32 ans avec l'hépatite C. La criminalisation a grandement affecté ma qualité de vie, car au lieu de prendre soin de ma santé, de visiter des institutions médicales, de recevoir un traitement contre le VIH, dès le petit matin, j'ai été forcée chercher de l'argent pour acheter de la drogue de manière criminelle, puis chercher de la drogue eux-mêmes. Les symptômes de sevrage ont régné toute ma vie, et la seule chose à laquelle je pouvais penser était comment je peux me débarrasser des symptômes de sevrage le plus tôt possible sans entrer dans la vue de la police. La dernière chose à laquelle j'ai pensé était de traiter le VIH et l'hépatite, car ce n'était pas mon besoin fondamental. Le traitement de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH et la toxicomanie est un énorme problème. L'aide narcologique n'est pas fournie dans le dispensaire TB, c'est pourquoi il est impossible d'y rester avec des symptômes de sevrage et de soigner le VIH et la tuberculose. Une personne est forcée de partir et de chercher de la drogue risquant d'être libérée pour avoir enfreint*





*le régime.* » Femme utilisatrice de drogue, région Europe

Enfin, il est intéressant de noter qu'un certain nombre de participants ont également mentionné la façon dont la criminalisation a non seulement un impact négatif sur la vie et la santé des personnes qui s'injectent des drogues, mais a également des implications négatives pour les organisations communautaires qui représentent les personnes qui utilisent/ ont consommé de la drogue. Cela affecte à son tour la capacité de ces organisations à défendre efficacement et à fournir des services à la communauté même qu'elle est là pour représenter :

*« La criminalisation affecte non seulement les utilisateurs de drogue, mais aussi les organisations qui travaillent avec eux, car les services, en particulier l'information sur la réduction des risques et des dommages, sont souvent considérés comme de la propagande en matière de drogue. »* Femme utilisatrice de drogue région Europe

- b.** Perceptions sur les interventions habilitantes pour aider à surmonter les obstacles structurels à l'accès aux services pour les personnes qui s'injectent des drogues :

Une fois de plus, la réponse clé de la plupart des participants concernant les interventions habilitantes a été la nécessité de la décriminalisation pour éliminer les nombreux obstacles et inégalités décrits ci-dessus. Bien que plusieurs participants aient noté certaines des mesures dites de « dépénalisation » qui ont été très célébrées dans divers pays entreprenant de telles réformes, conformément au récent rapport de recherche de l'INPUD<sup>8</sup>, les participants ont estimé que la majorité de ces efforts n'étaient pas allés assez loin et se poursuivent s'appuyer sur des approches stigmatisantes, contrôlantes, punitives et de jugement qui font peu pour répondre aux préoccupations fondamentales au cœur de la criminalisation :

*« La dépénalisation ne signifie pas que les gens ne sont pas criminalisés. Vous pouvez consommer, mais vous ne pouvez ni acheter ni vendre vos drogues dans la rue. Ce n'est pas vrai. Ils parlent de dépénalisation et ce n'est pas une réalité. Il existe d'autres façons de criminaliser les gens de toute façon. Comment faites-vous la différence, quand vous savez que la plupart des gens ont besoin de faire ces autres choses pour consommer de la drogue ? Ici, nous avons dépénalisé les drogues au cours des 30 dernières années, mais 80% des personnes en prison le sont à cause de crimes liés à la consommation de drogue. »* Femme utilisatrice de drogue, région Europe

8. International Network of People Who Use Drugs (INPUD). 2021. Décriminalisation des drogues : progrès ou diversion politique? Évaluer l'impact des modèles actuels de décriminalisation sur les utilisateurs de drogues: <https://www.inpud.net/en/drug-decriminalisation-progress-or-political-red-herring>



Dans le contexte de la décriminalisation et des interventions habilitantes, plusieurs participants ont souligné la nécessité cruciale d'assurer un approvisionnement sûr en médicaments comme première et principale étape pour créer un environnement favorable pour les personnes qui s'injectent des drogues et leur accès aux services de santé pour le VIH, les ITSS et l'hépatite. Pour ces participants, garantir un approvisionnement sûr en médicaments et arrêter les niveaux actuels de décès par surdose grâce à l'ajout de sites de prévention des surdoses, de salles de consommation sûres et de traitements TAO à la demande doivent être une priorité si nous voulons vraiment améliorer la santé des personnes qui s'injectent des drogues. y compris en ce qui concerne les BBV :

*« Je pense que si nous avons un approvisionnement sûr en médicaments, cela devrait être le numéro un – tout le reste découle de là... »* Homme utilisateur de drogue, région des Amériques

D'autres participants ont souligné la nécessité d'interventions habilitantes, y compris l'autonomisation de la communauté et qui permettent aux personnes qui s'injectent des drogues de développer leur estime de soi et leur confiance dans le système de santé général et en tant que membres de la communauté en général. En particulier, ils ont souligné la nécessité d'une formation de sensibilisation avec la police et le système de justice pénale dans son ensemble, les chefs religieux et dans un contexte culturel et communautaire plus large en éduquant les gens sur les questions liées à la consommation de drogue, la criminalisation, la stigmatisation et la discrimination et la nécessité d'une loi réforme. Ils ont également souligné l'importance de structures et de formations adéquates en matière de violence sexiste (VBG), y compris pour les auteurs :

*« Si vous avez une structure où je peux signaler la violence et si la communauté est inspirée, alors nous avons un groupe de personnes qui se motivent les unes les autres pour dire que je suis sous ARV, je me sens mieux et l'autre personne ira aussi. »* Femme utilisatrice de drogue, région Afrique

*« La réforme de la législation sur les drogues est un précurseur essentiel pour améliorer la façon dont les personnes qui s'injectent des drogues sont traitées dans la société. Tant que les lois sur les drogues nous traiteront comme des citoyens de seconde zone, il y aura toujours de la stigmatisation, de la violence et des obstacles à l'accès aux services de santé. »* Utilisateur de drogues non binares, région du Pacifique occidental

- c.** Perceptions de l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur l'accès à la prévention, au dépistage, au lien avec le traitement et à la capacité de suivre un traitement pour les personnes qui s'injectent des drogues :



« *Le but de la criminalisation est de stigmatiser.* » Homme utilisateur de drogues, région des Amériques

Pour la majorité des participants à cette étude, les problèmes liés à la stigmatisation et à la discrimination des personnes qui s'injectent des drogues sont si inextricablement liés à la criminalisation que les participants n'avaient pas grand-chose à ajouter en réponse à cette question autre que ce qui a déjà été détaillé ci-dessus, et ailleurs dans ce rapport. En effet, des recherches ont montré que dans le contexte de la criminalisation, les expériences de stigmatisation et de discrimination sont si omniprésentes qu'elles constituent une expérience presque universelle pour les personnes qui consomment des drogues<sup>9</sup>. Dans ce contexte, il n'est guère surprenant qu'en réponse à cette question, les participants aient régulièrement décrit la stigmatisation et la discrimination comme étant au cœur des barrières et des problèmes rencontrés par les personnes qui s'injectent des drogues en ce qui concerne l'accès aux services et la possibilité de rester en traitement :

« *La stigmatisation et la discrimination sont comme, ils sont la cheville ouvrière. Je veux dire, c'est ce qui nous tue. C'est la stigmatisation et la discrimination qui empêchent les services d'être offerts d'une manière aussi utile, nous empêchent d'avoir accès à un traitement. Je veux dire, la stigmatisation et la discrimination sont au cœur de chaque problème négatif. Nous devons éliminer la stigmatisation et la discrimination.* » Femme utilisatrice de drogue région des Amériques

« *Il y a des obstacles à l'accès aux services, si vous enlevez la stigmatisation, alors je n'aurai pas honte de me présenter.* » Femme utilisatrice de drogue, région Afrique

« *Je pense que les gens ne peuvent même pas vraiment imaginer à quel point la stigmatisation et la discrimination sont graves pour les personnes qui s'injectent et à quel point cela affecte la capacité des gens à accéder aux services et à rester en bonne santé. Il faut vraiment en faire l'expérience. C'est tellement implacable et les gens abandonnent.* » Homme consommateur de drogues, région du Pacifique occidental

« *Cela rend les gens par défaut et ne les associe pas aux personnes qui s'injectent des drogues, ce qui les oblige à consommer seuls et en secret, ce qui les expose au risque de surdosage et d'utilisation répétée de la même seringue*

9. Room, R. (2005). Stigmatisation, inégalités sociales et consommation d'alcool et de drogues. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143-155.



*parce que vous ne voulez pas être vu dans la file d'attente des personnes prenant PES. » Homme utilisateur de drogues, Région Afrique*

Il n'est peut-être pas surprenant non plus que les participants aient considéré la nécessité de lutter contre la stigmatisation et la discrimination par une réforme complète de la législation sur les drogues et une décriminalisation complète comme étant une nécessité urgente et comme le seul moyen de véritablement réaliser la santé et les droits humains des personnes qui s'injectent des drogues :

*« Avec la réforme de la législation sur les drogues, il y a eu quelques progrès, mais pas beaucoup. Vous savez que nous ne faisons que remplacer un système défectueux par un moindre mal, mais il s'accompagne toujours de dommages similaires ou de cerceaux et de punitions ridicules similaires. Donc, je pense que nous devons aller vers la dépénalisation complète des drogues comme la seule voie pour s'assurer que les personnes qui utilisent et s'injectent des drogues ont leur droit à la santé réalisé. Je pense aussi que tant que la consommation de drogue sera criminalisée, il n'y aura pas assez de financement ou d'attention pour l'introduction ou l'extension de services tels que le VIH, l'hépatite C et les services de réduction des risques. » Femme utilisatrice de drogue, région Europe*

#### 4. Valeurs et préférences entourant le dépistage et le traitement du VHC

En ce qui concerne le virus de l'hépatite C (VHC), les participants ont été interrogés sur leurs points de vue et leurs préférences concernant deux aspects spécifiques du dépistage et du traitement du VHC. Premièrement, les participants ont été invités à examiner la disponibilité des antiviraux à action directe (AAD) pan-génotypiques de nouvelle génération et à déterminer si les personnes qui s'injectent des drogues devraient se voir proposer un traitement par AAD immédiatement après le diagnostic. Des questions de suivi ont également été explorées sur les obstacles au traitement, les préoccupations potentielles concernant le traitement immédiat et les modèles et services de soutien possibles. Deuxièmement, les participants ont été interrogés sur leurs préférences/volonté d'être retestés pour la présence du VHC dans leur sang (virémie ou test PCR ARN) après un résultat négatif en raison d'un traitement réussi ou d'une élimination sans traitement. Si les participants exprimaient une volonté de retester, des questions de suivi étaient explorées en ce qui concerne la fréquence des tests de virémie et les modèles potentiels de prestation de services.

##### a. Valeurs et préférences concernant le traitement par DAA du VHC

En réponse aux questions sur la disponibilité des antiviraux à action directe (AAD) pan-génotypiques de nouvelle génération et sur la question de savoir si les personnes qui s'injectent des drogues devraient se voir proposer un traitement par AAD



immédiatement après le diagnostic, il n'est peut-être pas surprenant que les participants aient massivement répondu « oui » à cette question. En effet, un animateur a résumé la réponse du groupe de discussion à cette question comme suit : « Ils ont tous répondu OUI ! ». Cette forte préférence a également été reprise dans certaines des réponses spécifiques des participants :

*« Tout le monde mérite un traitement autant qu'il en a besoin ! L'élimination de l'hépatite C n'aura jamais lieu si nous ne l'adressons pas aux personnes qui en ont besoin. »* Femme utilisatrice de drogue, région des Amériques

*« Est-ce une question sérieuse? Bien sûr, les personnes qui s'injectent des drogues devraient avoir accès au meilleur traitement disponible contre le VHC si elles le souhaitent. »* Utilisateur de drogues non binaires, région du Pacifique occidental

*« Refuser un traitement ou la santé n'est pas une solution. »* Homme utilisateur de drogues, région Europe

Compte tenu des taux de guérison élevés, d'une bonne tolérance, d'un faible nombre de pilules, de moins d'interactions médicamenteuses et de beaucoup moins d'effets secondaires que les thérapies précédentes, de nombreux participants considéraient l'accès aux nouvelles thérapies comme une question très simple. En fait, de nombreux participants ont exprimé de fortes préférences pour réduire les obstacles au traitement et rendre le traitement par AAD contre le VHC aussi accessible que possible pour les personnes qui s'injectent des drogues, y compris les personnes qui ont peut-être déjà été traitées avec succès et qui ont par la suite contracté une nouvelle infection par le VHC :

*« Je me sens très chanceux de vivre dans un pays avec un accès universel au traitement DAA qui est fortement subventionné par le gouvernement, il est donc abordable. Cela signifie que tant de personnes peuvent désormais être traitées sans avoir besoin d'un génotypage coûteux ou même d'un fibroscan dans la plupart des cas. Ce n'est pas sorcier comme on dit... si la personne a le virus, il faut lui proposer un traitement - simple. »* Femme utilisatrice de drogue, région du Pacifique occidental.

*« Traitez toute personne infectée par le VHC, purement et simplement. »* Homme utilisateur de drogues, région des Amériques

Malgré cette préférence écrasante pour le traitement immédiat, d'importants problèmes et obstacles persistants au traitement par AAD du VHC demeurent dans



de nombreux contextes. Bien que les participants de certains pays aient parlé d'avoir des niveaux élevés d'accès au traitement par DAA contre le VHC, les participants dans de nombreux autres pays et régions de cette étude sont toujours confrontés à d'importants obstacles persistants au traitement par DAA contre le VHC, notamment le coût, les retards, la stigmatisation et la discrimination et le manque de volonté politique. :

*« Nous avons un traitement contre le VHC, mais cela peut prendre jusqu'à 3 mois pour prendre le médicament car ils effectuent de nombreux tests et traitent les autres maladies que vous pourriez avoir avant de recevoir le médicament contre le VHC. Par conséquent, beaucoup de mes amis sont découragés de suivre le traitement complètement. »* Femme utilisatrice de drogue, région Afrique

*« J'étais à cette conférence, vous savez, et comme tous ces pays parlaient de la façon dont ils avaient fondamentalement éliminé l'hépatite C. Et j'étais comme, wow mec, c'est tout à fait possible de le faire. Et nous n'avons tout simplement pas la volonté politique de le faire. Et c'est triste, c'est navrant... »* Femme utilisatrice de drogue, région Amériques

*« Si un patient n'a pas le statut VIH, il doit alors payer les médicaments pour le traitement du VHC. Ils seront informés des options de traitement et pourront ensuite acheter ces médicaments à la pharmacie (de différents fabricants et à des prix différents), mais ce n'est que s'ils en ont le désir et la capacité financière. »* Femme utilisatrice de drogue, région Europe

*« Dans certains pays, le traitement contre l'hépatite C n'est tout simplement pas possible ou n'est pas disponible ou il est trop cher. Il existe également des politiques interdisant aux personnes qui s'injectent des drogues d'accéder au traitement contre le VHC ou, vous savez, la consommation de drogues est un critère pour pouvoir accéder au traitement. C'est tout simplement inacceptable alors que les traitements sont si efficaces et que les décès liés à l'hépatite C continuent d'être élevés dans le monde. »* Femme utilisatrice de drogue, région Europe

La question soulevée ci-dessus concernant les obstacles au traitement du VHC en raison des mauvaises attitudes des professionnels de la santé et en particulier de l'OAT et d'autres prestataires de traitement de la toxicomanie a été soulevée par plusieurs autres participants comme un problème permanent. Malgré une littérature abondante et croissante montrant une adhésion élevée au traitement contre le VHC par AAD, les taux de RVS et d'achèvement chez les personnes qui s'injectent des



drogues et/ou sous TSO<sup>10</sup> et que la « réinfection » ne doit pas être utilisé comme une raison pour refuser le traitement aux personnes qui continuent à s'injecter des drogues<sup>11</sup>. les cliniciens AOD dans certains contextes continuent d'utiliser l'arrêt de la consommation de drogues injectables (et parfois même l'arrêt du TDO) comme critère d'accès au traitement :

*« Nous avons un médecin dans un grand hôpital ici, où les gens devaient cesser de prendre de la méthadone pour pouvoir bénéficier d'un traitement contre l'hépatite C. »* Homme utilisateur de drogues, région des Amériques

*« Ils veulent également que vous arrêtiez de consommer pour obtenir un traitement. Ils disent aussi des choses comme si vous êtes réinfecté, ils ne vous traiteront plus. »* Femme utilisatrice de drogue, région Afrique

En plus des obstacles décrits ci-dessus, les participants d'Afrique ont également soulevé des problèmes avec les professionnels de la santé qui refusent l'accès au traitement contre le VHC pour les personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH. Cette situation est très préoccupante étant donné qu'il existe très peu d'interactions cliniquement importantes entre les médicaments AAD actuels contre le VHC et les schémas thérapeutiques antirétroviraux. Néanmoins, même si ces pratiques sont fondées sur des préoccupations concernant le potentiel d'interactions thérapeutiques, ces commentaires des participants suggèrent à tout le moins un manque d'information et de communication avec les personnes qui s'injectent des drogues sur les raisons pour lesquelles certaines approches pourraient être adoptées en relation avec le traitement du VIH/VHC. co-infection. Malheureusement, cela peut également indiquer une réticence continue à rendre le traitement du VHC accessible aux personnes qui s'injectent des drogues sans barrières et réglementations discriminatoires et/ou hypothèses sur l'adhésion/l'achèvement du traitement :

*« Si vous êtes déjà séropositif et que vous n'êtes pas encore sous traitement [VHC], ils vous permettront d'obtenir les médicaments contre le VHC uniquement lorsque vous aurez pris le traitement contre le VIH pendant 3 mois. »*  
Personne utilisatrice de drogues de genre non conforme, région Afrique

10. Cunningham EB, Hajarizadeh B, Amin J, Litwin AH, Gane E, Cooper C, Lacombe K, Hellard M, Read P, Powis J, Dalgard O, Bruneau J, Matthews GV, Feld JJ, Dillon JF, Shaw D, Bruggmann P, Conway B, Fraser C, Marks P, Dore GJ, Grebely J; SIMPLIFY and D3FEAT study groups. Adhésion à un traitement antiviral à action directe une fois par jour et deux fois par jour pour l'infection par l'hépatite C chez les personnes ayant récemment utilisé des drogues injectables ou ayant actuellement un traitement par agonistes opioïdes. Clin Infect Dis. 2020 Oct 23;71(7): e115-e124. doi: 10.1093/cid/ciz1089. PMID: 31677262.
11. Hajarizadeh B, Cunningham EB, Valerio H, Martinello M, Law M, Janjua NZ, Midgard H, Dalgard O, Dillon J, Hickman M, Bruneau J, Dore GJ, Grebely J. Réinfection par l'hépatite C après un traitement antiviral réussi chez les personnes qui s'injectent des drogues : une méta-analyse. J Hepatol. 2020 Apr;72(4):643-657. doi: 10.1016/j.jhep.2019.11.012. Epub 2019 Nov 27. PMID: 31785345.





En ce qui concerne les stratégies visant à éliminer les obstacles au traitement du VHC, les participants ont fortement soutenu l'ouverture du traitement par AAD du VHC à travers un large éventail d'options et de paramètres de traitement, notamment dans les PSN, les services de réduction des méfaits, les services de santé, les centres d'accueil, les cliniques de TAO ainsi que les médecins généralistes et les milieux hospitaliers pour maximiser l'accès et réduire autant que possible les obstacles.

En particulier, les participants ont également souligné l'importance des organisations dirigées par les utilisateurs de drogues et des modèles de services basés sur les pairs pour le dépistage, le traitement et le suivi du VHC. Cela coïncide avec des études de recherche qui ont révélé que les modèles fondés sur les pairs peuvent augmenter l'adoption du traitement contre le VHC et les résultats chez les personnes qui s'injectent des drogues<sup>12</sup>. Plusieurs participants de programmes dans le Nord global ont parlé du développement de modèles basés sur les pairs (souvent dans le cadre de projets pilotes de recherche formels) basés sur l'utilisation de tests d'ARN au point de service (PoC) dirigés par des pairs avec le test DBS pouvant être commandé en ligne pour auto-test ou par le biais de NSP, de cliniques par les pairs, de services sans rendez-vous ou de services de proximité pour les tests soutenus par les pairs. Les tests sont effectués sur place et envoyés en pathologie. Le diagnostic est délivré par téléphone avec un soutien par les pairs disponible à chaque étape, sur demande. Si le résultat est positif, un soutien pour commencer le traitement immédiatement est disponible et les médicaments de traitement peuvent être récupérés en personne ou affichés. Des incitations financières et autres sont également utilisées pour encourager le dépistage, l'obtention du résultat, le début du traitement, la réalisation de la RVS et l'arrivée ou l'aiguillage d'un pair ou d'un ami. Avec de nouveaux développements dans les tests rapides d'ARN PoC et les modèles de service, ces approches basées sur les pairs visent le diagnostic du VHC le jour même et l'initiation du traitement par DAA dans un avenir proche :

*« C'est absolument la voie à suivre - une barrière faible, aucun jugement et les gens sont soutenus tout au long du processus autant ou aussi peu qu'ils le souhaitent. Nos pairs adorent faire ce travail et nous voulons étendre notre offre, mais nous manquons de ressources et le service est populaire, nous avons donc du mal à répondre à la demande pour cette approche par les pairs. »* Homme utilisateur de drogues, région du Pacifique occidental

Bien que ces modèles innovants dirigés par des pairs soient de plus en plus considérés comme essentiels pour atteindre les objectifs d'élimination de l'hépatite C

12. Grebely J, Robaey G, Bruggmann P, et al. Recommandations pour la prise en charge de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues. Int J Drug Policy. 2015;26(10):1028-1038. doi:10.1016/j.drugpo.2015.07.005



dans ces pays, ils servent également à souligner les disparités actuelles et croissantes dans l'accès au dépistage du VHC et au traitement par AAD entre les pays du Nord et ceux de le Sud Global. Les participants à cette étude ont exprimé la conviction que ces obstacles permanents au dépistage du VHC et à l'accès au traitement pour les personnes qui s'injectent des drogues dans les pays du Sud doivent être éliminés de toute urgence. Cet appel est également fortement soutenu par l'INPUD en tant que réseau mondial pour les personnes qui utilisent/s'injectent des drogues.

En outre, comme l'accent a déjà été mis dans la section ci-dessus sur les valeurs et les préférences en matière d'interventions comportementales liées au VIH et au VHC, des obstacles majeurs à la prévention du VHC chez les personnes qui s'injectent des drogues demeurent dans de nombreux contextes (à la fois dans les pays du Sud et du Nord) principalement en raison de à un financement et à un accès inadéquats aux PSN, à l'OAT, aux salles de consommation sûres et au manque de mouvement pour éliminer les obstacles structurels, y compris la sécurisation de l'approvisionnement en médicaments sûrs et les réformes de décriminalisation, etc. nombre de participants ont souligné l'importance d'avoir toujours besoin d'intégrer le traitement contre le VHC dans une approche plus large de réduction des méfaits de la prévention du VHC, qui s'est également avérée essentielle pour prévenir l'acquisition de nouvelles infections au VHC (ou ce qui est souvent appelé « réinfection » ) Post-cure<sup>13</sup>:

*« Le traitement de l'hépatite C et les services de réduction des méfaits vont de pair. Cela doit être acquis. Je pense que beaucoup de gens parlent d'accès au traitement [VHC] et laissent de côté la prévention, ou ils s'attendent à ce qu'une fois que quelqu'un bénéficie d'un traitement [VHC], il reste abstinent et ce n'est pas toujours le cas. Donc, vous savez, le programme de prévention doit toujours être lié au traitement parce qu'évidemment les services de santé et le traitement n'existent pas dans le vide. »* Femme utilisatrice de drogue, région Europe

Enfin, aucun participant n'a exprimé de préoccupations concernant le potentiel de surtraitement associé à l'offre d'un traitement immédiat, que ce soit chez les personnes naïves de traitement ou pour un retraitement. Au lieu de cela, quelques participants ont exprimé la crainte qu'il soit dangereux de refuser l'accès au traitement uniquement sur la base que certaines personnes évacueront spontanément (sans traitement) - pas seulement pour la santé de la personne concernée (et la perte potentielle de suivi) mais aussi en raison du potentiel de transmission ultérieure.

13 Hajarizadeh B, Cunningham EB, Valerio H, Martinello M, Law M, Janjua NZ, Midgard H, Dalgard O, Dillon J, Hickman M, Bruneau J, Dore GJ, Grebely J. Réinfection par l'hépatite C après un traitement antiviral réussi chez les personnes qui s'injectent des drogues : une méta-analyse. J Hepatol. 2020 Apr;72(4):643-657. doi: 10.1016/j.jhep.2019.11.012. Epub 2019 Nov 27. PMID: 31785345.



En effet, il serait juste de dire que les participants à cette étude étaient beaucoup plus préoccupés par le manque actuel d'accès aux traitements hautement efficaces contre le VHC DAA dans certains pays et régions que par tout risque hypothétique de surtraitement. Enfin, bien qu'il ne s'agisse pas d'un objectif spécifique dans cette étude, les participants de plusieurs régions ont également souligné l'importance d'offrir un traitement AAD contre le VHC (ainsi que la prévention du VHC et la réduction des méfaits) pour les personnes incarcérées, en particulier dans le contexte d'un manque accablant d'accès à des le matériel d'injection et d'autres mesures de réduction des risques dans la plupart des prisons du monde, ainsi que les niveaux d'incarcération associés aux infractions liées à la drogue.

**b. Valeurs et préférences en ce qui concerne le nouveau test de l'ARN du VHC après le traitement/l'autorisation :**

Bien qu'il existe de plus en plus de recherches sur les personnes qui contractent de nouvelles infections à VHC après un traitement réussi ou une élimination virale<sup>14</sup>, soulignant l'importance de la détection précoce et du retraitement, il semble qu'il y ait peu d'intérêt à encourager une évaluation régulière de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues après un Traitement du VHC/clairance virale. En effet, les participants de diverses régions et contextes ont soulevé une série de problèmes liés à la fois à la compréhension et à l'accès au dépistage du VHC et au nouveau test/surveillance post-traitement. Par exemple, un participant d'Afrique australe a soulevé les préoccupations suivantes concernant l'accès au dépistage du VHC :

*« En ce qui concerne le dépistage de l'hépatite C, seuls les hôpitaux privés ont des services contre l'hépatite [dans mon pays], ce n'est pas comme les services VIH où vous pouvez l'obtenir n'importe où. Même avec l'éducation autour de l'hépatite, c'est très limité, les gens ne le savent pas – ils ne s'inquiètent que du VIH. » Homme utilisateur de drogue, région Afrique.*

Plusieurs autres participants ont exprimé d'autres frustrations concernant l'accès au dépistage du VHC, mais dans ce cas, ils ont exprimé des inquiétudes quant au fait que même de nombreux services et prestataires de santé ne savent pas clairement où les efforts de dépistage du VHC devraient être concentrés, un participant de la région des Amériques demandant : « Pourquoi sommes-nous même toujours en train de faire des tests d'anticorps anti-VHC ? » Ce participant et les participants d'autres régions ont exprimé des inquiétudes quant au fait que les ressources disponibles limitées continuent d'être utilisées pour le dépistage des anticorps anti-VHC alors que l'accent devrait être mis sur le dépistage rapide de l'ARN du VHC pour établir rapidement le statut VHC, ouvrant des voies vers un traitement immédiat et minimisant le potentiel

---

14 Ibid.



pour les personnes perdu de vue, en particulier parmi les groupes marginalisés de consommateurs de drogues injectables.

Cela dit, l'INPUD reconnaît l'importance des tests d'anticorps à des fins d'engagement et le fait d'être en mesure d'établir rapidement l'exposition au VHC, en particulier en utilisant des approches d'intervention brèves PoC et dans des environnements à faible prévalence de VHC, peut être un outil d'engagement important avec des personnes qui pourraient autrement ne pas l'être. connaître ou comprendre parfaitement leur statut VHC. Dans ce contexte, certains participants ont parlé des protocoles d'intervention brève de PoC par les pairs utilisés (y compris dans des environnements où tous les utilisateurs de services ne sont pas des personnes qui s'injectent des drogues, par exemple les services aux sans-abri) pour évaluer rapidement l'exposition potentielle au VHC (ou non), suivis d'une Test d'anticorps PoC. Cette brève intervention est ensuite suivie de la fourniture d'informations et de services continus de réduction des méfaits et/ou de tests de suivi de l'ARN du VHC et d'informations associées, d'un traitement par AAD et d'un soutien, le cas échéant. Ces participants ont identifié que ces modèles peuvent être très utiles pour l'engagement initial et au moins pour informer les gens de leur statut VHC dans des contextes où les gens peuvent ne pas être disposés ou capables d'attendre et/ou de revenir pour un test ARN qui prend plus de temps et peut entraîner une perte de suivi et potentiel de transmission continue.

Ces conversations plus générales sur le dépistage du VHC se sont transformées dans les entretiens et les groupes de discussion en discussions sur le nouveau dépistage du VHC en particulier. Plusieurs participants ont exprimé l'avis qu'un nouveau test de dépistage de l'ARN du VHC après la guérison devrait être rendu disponible et encouragé de la même manière que les approches de « tester et traiter » du VIH, dans lesquelles le contrôle régulier du statut VIH est publiquement et positivement promu, le dépistage généralisé du VIH est facilité et un traitement antirétroviral immédiat pour les personnes diagnostiquées avec le VIH est encouragé :

*« Je veux dire pourquoi ne traitons-nous pas le potentiel de réinfection par l'hépatite C de la même manière que la surveillance continue du VIH ? Nous devrions encourager les personnes qui ont suivi un traitement ou éliminé le virus et qui continuent de s'injecter des drogues, à se faire régulièrement tester à nouveau pour s'assurer qu'elles sont toujours exemptes d'hépatite C et sinon, nous devrions proposer un retraitement immédiat. Cela devrait simplement être rendu super facile et normalisé, sans stigmatiser les gens ou blâmer les gens d'avoir été réinfectés. »* Homme utilisateur de drogues, région du Pacifique occidental



Un autre participant a également soulevé des questions concernant la réinfection par le VHC et la nécessité de s'assurer que les personnes qui pourraient se présenter pour un nouveau test de dépistage du VHC ne sont pas confrontées à des jugements et que l'éducation sur le potentiel d'une nouvelle infection après le traitement devrait être discutée régulièrement et systématiquement comme un aspect essentiel de la prestation de services aux personnes qui s'injectent des drogues :

*« J'ai reçu un traitement contre le VHC grâce à un programme gratuit à la clinique et quelques années plus tard, j'ai de nouveau été infecté. La pensée des gens est stéréotypée. Nous devons mentionner que l'exposition au VHC secondaire, tertiaire et quaternaire est possible, et cela devrait faire partie du conseil primaire. Il est important de garder à l'esprit tous ces points concernant la réinfection et la re-communication. »* Femme utilisatrice de drogue, région Europe

Plusieurs autres participants ont fait part des préoccupations associées à la demande de dépistage de l'ARN du VHC à la suite d'un traitement ou d'une clairance virale, en particulier s'ils sont actuellement sous TAO en raison d'inquiétudes à l'idée d'avoir à admettre une consommation concomitante de drogues par injection et/ou d'avoir cette supposition faite de toute façon, parce que le clinicien supposera automatiquement qu'ils s'injectent des drogues parce qu'autrement, ils n'auraient pas besoin d'être testés à nouveau pour la présence du virus de l'hépatite C. Ces participants ont discuté du risque d'être « punis », comme de perdre des doses à emporter ou même d'être retirés du programme de TAO tous ensemble. Ces risques, selon eux, créent des obstacles potentiels importants pour les personnes qui s'injectent des drogues disposées à se présenter pour un nouveau test de dépistage de l'ARN du VHC après la guérison :

*« C'est ridicule, ma santé est mise en danger parce que je ne peux pas parler à mon prescripteur de TSO de refaire le test parce qu'il sait que j'ai suivi un traitement et si je ne suis pas censé l'utiliser, pourquoi aurais-je besoin d'être régulièrement retesté pour l'hépatite C? Je ne peux pas risquer mes plats à emporter. C'est un catch-22. »* Homme utilisateur de drogues, région du Pacifique occidental

Comme discuté plus en détail ci-dessous, les participants ont également souligné que ces questions attirent l'attention sur l'importance cruciale des services de dépistage et de traitement du VHC par les pairs et dirigés par la communauté pour réduire ces obstacles à l'accès au système de santé traditionnel. Certains participants ont également soulevé la question de l'autotest et comment les technologies de l'ARN du VHC dans l'espace d'autotest/dépistage à domicile pourraient également être un aspect important de la réduction des obstacles au nouveau test d'ARN du VHC pour les personnes qui s'injectent des drogues :



*« L'accès aux tests est nécessaire qui n'est pas associé à la visite d'établissements médicaux, si un conseiller pair à pair et l'utilisateur de drogue lui-même peuvent le faire eux-mêmes - c'est beaucoup plus pratique et efficace. » Femme utilisatrice de drogue, région Europe*

Les problèmes concernant les risques potentiels associés à la présentation d'un nouveau test de dépistage de l'ARN du VHC étaient également liés à des discussions plus larges entre certains participants sur l'ensemble du concept de « volonté » et sur la façon dont cela peut signifier des choses très différentes dans différents contextes et selon les circonstances individuelles des personnes. Les participants ont déclaré être « traités comme des enfants », considérés comme « irresponsables » et jugés comme « ne se souciant pas de leur santé » s'ils contractaient une nouvelle infection après le traitement. Dans ce contexte, quelques participants ont également évoqué un « double standard » et un « ensemble de règles différentes » pour les personnes qui s'injectent des drogues, ce qui non seulement amène les gens à se sentir mal dans leur peau, mais peut considérablement dissuader les gens de se manifester même pour accéder aux services. dont ils savent qu'ils pourraient bénéficier en raison des craintes concernant des exigences et des réponses potentiellement punitives :

*« ... parce qu'il s'agit de la consommation de drogues, il existe un paysage culturel différent dans lequel les gens sont plus abusifs lorsqu'ils font des recommandations de test, comme si elles étaient transformées en exigences. » Femme utilisatrice de drogue, région des Amériques*

À cet égard, il a été clairement indiqué aux participants qu'en leur demandant leur point de vue sur la « volonté » d'accéder à un nouveau test de dépistage de l'ARN du VHC et sur la fréquence de ces tests, une hypothèse de base était posée selon laquelle tous les services de dépistage du VHC doivent être entièrement volontaires. et fondé sur le consentement. Cependant, il ressort clairement des commentaires de plusieurs participants que ces principes ne sont pas nécessairement considérés comme « donnés ». Par exemple, des participants de différents contextes ont spécifiquement soulevé des questions sur la nature du consentement pour les personnes qui s'injectent des drogues et/ou ont ressenti le besoin de préciser que nous parlions certainement de tests qui seraient entièrement volontaires et fondés sur le consentement avant qu'ils ne soient disposés à offrir des points de vue sur la volonté d'accéder ou la fréquence du nouveau test de dépistage de l'ARN du VHC :

*« Vous ne pouvez pas imposer des tests et dire aux gens que vous devez être testés et forcer les gens à faire des choses. Cela doit être avec information et consentement. » Femme, région Europe*



« Quand j'étais sans abri et que je vivais dans la rue, ils ont proposé de nous tester et ont dit qu'ils nous donneraient 100 rands, je n'y suis allé que pour l'argent, pas pour le test. » Personne utilisatrice de drogues de genre non conforme, région Afrique

« Lorsque vous êtes criminalisé, le consentement éclairé n'est pas toujours réel, vous pouvez être amené à accepter de faire quelque chose parce que vous avez davantage besoin d'autre chose. Est-ce volontaire ? Est-ce un consentement ? » Homme utilisateur de drogues, région Europe

« Avant de répondre sur la fréquence, puis-je vérifier que nous parlons de tests qui seraient volontaires et avec consentement ici ? » Personne utilisatrice de drogues non binaires, région du Pacifique occidental

En ce qui concerne la question de la fréquence ou de la fréquence à laquelle les participants devraient se voir proposer l'ARN du VHC, les participants ont proposé une gamme de délais potentiels, mais il ressort également clairement des réponses des participants qu'une majorité de participants n'avaient jamais vraiment réfléchi à la question – peut-être parce qu'ils n'ont-ils jamais été formellement interrogés sur leur point de vue sur cette question auparavant ? Bien qu'il n'y ait pas vraiment de consensus clair parmi les participants qui ont exprimé un point de vue spécifique sur la volonté et la fréquence d'être à nouveau testés, un certain nombre de participants ont déclaré que potentiellement tous les 3 mois pendant la première année après avoir terminé avec succès le traitement/l'élimination du virus (largement basé sur la période de fenêtre pour les nouvelles infections) et ensuite, tous les 6 ou 12 mois après la première année pourrait être une bonne approche :

« Cela devrait être fait au cas par cas ; de tête, je dirais 1 à 3 mois pour la première année et une fois le SVR terminé, deux fois par an. » Femme utilisatrice de drogue, région des Amériques

« Je pense qu'ils devraient probablement être testés une fois tous les 3 mois, car le VHC peut disparaître de lui-même de son système. » Utilisateur de drogues de genre non conforme, région Afrique

« Je dirais que tout le monde devrait être retesté tous les trois mois pendant la première année après le traitement, puis une fois par an à partir de là. » Homme utilisateur de drogues, région Europe

« Si une personne présente un risque plus élevé, elle devrait être retestée une fois tous les 3 mois dans tous les cas, ou au moins une fois tous les 6





## VALEURS ET PRÉFÉRENCES DES POPULATIONS CLÉS POUR SERVICES VIH, HÉPATITES ET ITSS : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

*mois. Sa volonté de passer le test du VHC dépendra de la façon dont il en sera informé par le travailleur de proximité.* Femme utilisatrice, région Europe

Comme évoqué par le participant ci-dessus, certains participants ont également souligné que l'engagement dans des pratiques à risque telles que la consommation de drogues injectables devrait être une considération clé dans les protocoles de (re) test et un facteur très important pour déterminer quels types de services, la fréquence des tests et comment cela pourrait être mis à disposition:

*« ... les antécédents de consommation de drogue d'une personne, je pense qu'il y a un grand facteur de fait. Vous savez, si nous savons qu'ils vont bien, qu'ils travaillent, qu'ils n'utilisent pas, ils devraient quand même se faire tester. Mais je pense que par rapport à la personne qui a recommencé à utiliser après avoir terminé son traitement ou qui n'a jamais cessé de l'utiliser, c'est là que nous allons trouver les taux de réinfection. »* Personne utilisatrice de drogues non binares, région des Amériques

*« Si nous adoptons quotidiennement des comportements à risque et partageons des seringues, un test rapide devrait être disponible dans chaque établissement de santé. »* Personne utilisatrice de drogues de genre non conforme, région Afrique

Comme indiqué ci-dessus, les participants ont également souligné l'importance des modèles de services basés sur les pairs et le développement d'approches qui encouragent mais aussi éduquent les personnes qui s'injectent des drogues sur le (re)test du VHC et sur l'importance du suivi post-traitement. Dans le contexte des commentaires ci-dessus sur le risque de réponses punitives et les préoccupations concernant le consentement, les modèles de test par les pairs ont été considérés comme essentiels pour un groupe de personnes hautement criminalisées, souvent marginalisées et mécontentes du système de santé traditionnel et vivant fréquemment dans la pauvreté:

*« Tout revient à nous en tant que pairs, pour les éduquer sur ces choses et leur offrir des incitations. »* Personne utilisatrice de drogues de genre non conforme, région Afrique

*« L'accès aux tests est nécessaire qui n'est pas associé à la visite d'institutions médicales, si un conseiller pair à pair et l'utilisateur de drogue lui-même peuvent le faire eux-mêmes - c'est beaucoup plus pratique et efficace. »* Femme utilisatrice de drogue, région européenne



« Si j'ai guéri le VHC et que je n'ai pas de comportement à risque, alors je n'ai pas besoin d'être retesté. Mais si une personne a un mode de vie à risque, elle doit alors avoir accès au service de retest - mais, encore une fois, de quel type d'accès s'agit-il ? Si une personne doit se rendre au laboratoire 2 fois par an, se percer une veine, parcourir les files d'attente et voir souvent les visages mécontents des infirmières, alors dans ce cas la personne n'ira pas se faire retester, même si c'est gratuit. Et lorsqu'il s'agit de SELF-tester (comme pour le VIH) ou d'un pair travailleur, alors les gens recommenceront à tout moment... Alors il n'y a pas besoin d'aller chez les médecins, que nous n'aimons pas tous. » Femme utilisatrice de drogues, région européenne

#### 5. Priorités de santé des personnes qui s'injectent des drogues

Tous les participants ont reçu un diagramme visuel qui comprenait un cadre pour hiérarchiser les interventions de santé et il leur a été demandé, en référence à ce diagramme, d'identifier les problèmes de santé qui sont une priorité pour les personnes qui s'injectent des drogues et d'autres réflexions sur les meilleures interventions ou approches pour y remédier. préoccupations. Dans ce contexte, les priorités clés identifiées notamment :

**Réduction des méfaits** : les participants ont noté que la réduction des méfaits était comme une priorité générale qui engloberait un large éventail de problèmes, d'interventions et d'approches, notamment la prévention de l'hépatite C, la prévention du VIH, la prévention des surdoses et le TAO. Un participant a noté que « toutes ces choses sont liées à la réduction des méfaits et je pense que tout ce qui peut être fourni par les services de réduction des méfaits devrait l'être parce que c'est généralement un premier point de contact avec les services de santé pour les personnes qui s'injectent des drogues ». Il a également été noté que les services de réduction des méfaits à l'échelle mondiale ne sont pas étendus et pas largement disponibles et deviennent encore moins disponibles à mesure que le financement se rétracte pour la réduction des méfaits, ce qui est une préoccupation majeure étant donné que la réduction des méfaits est une intervention de santé clé pour les personnes qui s'injectent des drogues.

**Réforme du droit des drogues** : cela a été identifié comme une priorité essentielle par une majorité de participants en raison de son rôle essentiel dans la lutte contre les « méfaits importants et omniprésents associés à la criminalisation et à la stigmatisation et à la discrimination qui y sont associées ». Il a été estimé que sans une réforme complète de la législation sur les drogues, les personnes qui s'injectent des drogues continueront « de se heurter à des obstacles à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH et de l'hépatite C » et continueront également à subir « la violence



policière, un niveau élevé d'incarcération et tous les préjudices et préjudices associés. traumatisme lié à la criminalisation ».

**Autonomisation de la communauté** : a été identifiée comme une priorité par plusieurs participants en raison d'être considérée comme un facilitateur essentiel de la réduction des méfaits et des services basés sur les pairs et dirigés par les utilisateurs de drogues et également en raison de son rôle dans « stimuler et encourager les comportements de recherche de santé ».

**Prévention de la violence** : a été identifiée par les participants en raison du rôle de la violence au niveau social et structurel et de la manière dont elle agit comme un obstacle et un obstacle majeur pour que les personnes puissent accéder aux services ou même donner la priorité à leur santé. Les participants ont également noté que « la violence est très courante au sein de la communauté des utilisateurs de drogues, qu'il s'agisse de violence entre partenaires intimes, de violence de foule communautaire en Afrique subsaharienne ou de violence policière ». Les participants ont estimé que les approches de prévention de la violence doivent être pleinement intégrées dans une approche qui considère la santé comme bien plus qu'un « simple ensemble d'interventions » et plutôt se concentrer davantage sur « ce qui pourrait amener les gens et ce qui pourrait inciter les gens à se sentir plus habilités à penser sur leur santé et s'occuper de leur santé ».

**Santé sexuelle et reproductive** : a été identifiée par les participants comme une priorité pour les femmes qui consomment des drogues en raison d'un « vrai manque d'accès ou d'utilisation insuffisante de la santé sexuelle et reproductive, et cela est en partie lié au fait d'éviter les services de santé en raison de la criminalisation, de la stigmatisation et discriminations ».

Enfin, certains participants ont noté que ce qui manquait au diagramme des priorités en matière de santé, c'était les centres d'accueil, gérés par des pairs. Les participants ont de nouveau souligné que les pairs sont essentiels et que l'autonomisation de la communauté nécessite des investissements. A indiqué qu'en général, les « experts » ne peuvent pas comprendre que cela commence par la communauté et sont réticents à allouer plus de valeur et de ressources aux réponses dirigées par les pairs et aux travailleurs pairs. Des problèmes de santé mentale particulièrement associés à la COVID ont également été identifiés en raison de l'isolement, de l'incertitude et de la vulnérabilité accrue en tant que population criminalisée.

#### 6. Valeurs et préférences entourant la prévention du VIH (y compris la PrEP)

Tous les participants ont été interrogés sur leurs points de vue et préférences concernant différentes méthodes et technologies de prévention du VIH, notamment les



préservatifs et les lubrifiants, les fournitures de réduction des risques, la thérapie de substitution aux opioïdes, la buprénorphine à action prolongée, la prophylaxie post-exposition (PeP), la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et le traitement du VIH en tant que prévention (U=U). Les discussions ont commencé par une question sur les méthodes et technologies de prévention du VIH en général, puis une question plus ciblée sur la PrEP en particulier a été posée.

**a. Valeurs et préférences en matière de méthodes et technologies de prévention du VIH :**

*« Je ne vois rien de vraiment plus utile et rentable que les programmes d'aiguilles et de seringues, la naloxone et les réponses de prévention des surdoses. Ils sont faciles d'accès et faciles à expliquer... ils devraient être développés. »* Homme utilisateur de drogues, région des Amériques

*« La réduction des méfaits doit être la première technologie de prévention du VIH mise à disposition. »* Homme utilisateur de drogue, région Afrique

En plus de ce qui peut être le mieux décrit comme un large consensus parmi les participants à l'étude en ce qui concerne leurs points de vue et leurs préférences pour un ensemble de méthodes et de technologies de prévention du VIH telles que les PSN, les fournitures pour la réduction des méfaits, l'OAT et la prévention des surdoses, un petit nombre de participants a également souligné l'importance de maintenir à jour les services de prévention du VIH. Plus précisément, les participants de différentes régions ont également évoqué les problèmes associés au fait que les prestataires de services de prévention du VIH n'offrent pas les services dont les gens ont besoin, n'écoutent pas les utilisateurs des services ou ne révisent pas régulièrement les services qu'ils fournissent :

*« Combien de fois disons-nous cela : nous recevons des seringues de 10 ml, mais une personne qui utilise des sels a besoin de seringues à insuline, mais les prestataires ne peuvent toujours pas nous entendre. Aucune prophylaxie n'est possible tant que le patient utilise une seringue pour 30 à 40 injections. »* Femme utilisatrice de drogue, région Europe

*« Je connais des femmes qui n'utiliseront tout simplement pas le NSP parce qu'elles craignent d'être vues et avant de le savoir, leurs enfants leur sont retirés. Ainsi, ils réutilisent les aiguilles et les seringues tout le temps. Mais les services doivent réfléchir à ces problèmes et trouver des moyens de fournir des services confidentiels et accessibles, comme par exemple davantage de distributeurs automatiques. »* Femme utilisatrice de drogue, région du Pacifique occidental



Un certain nombre d'autres participants ont également souligné les problèmes persistants associés au fait que la police crée des obstacles pour les personnes qui s'injectent des drogues à accéder aux services de prévention du VIH en « traînant à l'extérieur des PSN » malgré les politiques visant à empêcher cela, les personnes qui s'injectent des drogues « étant arrêtées et fouillées après avoir quitté le PSN. » et les personnes qui s'injectent des drogues « font l'objet d'une fouille à nu en public et se voient confisquer du nouveau matériel d'injection ». Les participants ont souligné que ces pratiques de la police dans de nombreux contextes différents sapent l'efficacité des approches de prévention du VIH et créent des obstacles aux services, même là où ils existent.

**b. Valeurs et préférences par rapport à la PrEP :**

Avant de demander aux participants leur point de vue, les enquêteurs/facilitateurs ont fourni aux participants de brèves informations explicatives sur la PrEP, notamment son objectif, les approches recommandées et une brève explication des modalités clés et des développements récents. Même avec ces informations générales fournies, un petit nombre de participants ont déclaré qu'ils ne se sentaient pas suffisamment informés sur la PrEP pour offrir un point de vue sur les valeurs et les préférences. Bien qu'il ne s'agisse que d'une petite minorité de participants, les réponses de ces participants montrent une réticence à se faire une opinion sur la PrEP en grande partie en raison d'un manque de connaissances et peuvent indiquer le besoin de plus d'informations sur la PrEP spécifiquement pour les personnes qui s'injectent des drogues :

*« Je ne connais vraiment pas assez la PrEP pour commenter ou donner un avis vraiment éclairé. » Femme utilisatrice de drogue, région du Pacifique occidental*

En fait, même parmi la majorité des participants qui se sentaient capables de commenter la PrEP en tant que technologie de prévention du VIH, il y avait encore des preuves de lacunes dans les connaissances des participants, en particulier en ce qui concerne les nouveaux développements dans les modalités de la PrEP. En lien avec cela, les participants de plusieurs régions ont identifié le besoin d'une éducation et d'une formation plus poussées pour les services dirigés par la communauté et basés sur les pairs en ce qui concerne la PrEP, son efficacité et la manière dont elle devrait être mise à disposition dans le cadre de la résolution des problèmes de connaissances pour les personnes qui s'injectent médicaments plus largement :

*« La PrEP a l'avantage de guérir les personnes qui avaient des comportements à risque. Mais les membres de la communauté ont besoin de plus de*



*formations et d'explications pour une meilleure utilisation.* » Homme utilisateur de drogue, région Afrique

Parmi certains de ces participants, des problèmes ont également été soulevés concernant des questions sans réponse et des lacunes dans la recherche. Plus précisément, un certain nombre de participants ont soulevé des questions et des préoccupations concernant ce qu'ils pensaient être des lacunes dans la base de données probantes en ce qui concerne à la fois l'efficacité et la pertinence de la PrEP pour les personnes qui s'injectent des drogues. Alors que certains de ces participants sont des leaders dans des réseaux dirigés par des utilisateurs de drogues et sont donc sans doute plus conscients des lacunes possibles dans la recherche, cette question n'a pas seulement été soulevée par des membres expérimentés des réseaux. En effet, on pourrait soutenir que le fait que les participants aient soulevé ces questions, indique en outre le besoin d'une discussion, d'une éducation et d'une formation plus approfondies au sein des réseaux dirigés par les utilisateurs de drogues et de leurs membres sur les preuves disponibles concernant la PrEP et les personnes qui s'injectent des drogues. pour identifier ce qui est connu, les domaines dans lesquels des recherches supplémentaires sont nécessaires et ce qui constitue les meilleures pratiques en ce qui concerne la PrEP et les personnes qui s'injectent des drogues :

*« Certaines de ces modalités sont assez nouvelles pour moi, mais même ainsi, je ne pense pas qu'elles l'aient fait, comme des études de toute façon avec des personnes qui s'injectent des drogues. Je veux dire, je pense qu'il est juste de dire à travers, probablement vraiment toutes les modalités, que la recherche est limitée en ce qui concerne les personnes qui s'injectent des drogues, n'est-ce pas ? »* Femme utilisatrice de drogue, région Europe

Les problèmes concernant le manque actuel de recherche concernant les personnes qui s'injectent des drogues et les nouveaux développements de la PrEP sont également liés aux commentaires dans les données sur les lacunes par rapport aux préférences et à la disponibilité. Par exemple, plusieurs participants ont soulevé le fait que bien que la PrEP orale soit déjà disponible par le biais d'organisations dirigées par la communauté dans certains contextes, d'autres formes de PrEP telles que les modalités injectables à longue durée d'action ne sont pas disponibles pour les personnes qui s'injectent des drogues ou les personnes ne sont pas au courant sa disponibilité ou comment y accéder. Ceci malgré les préférences pour de telles modalités en raison de l'efficacité, de la tolérabilité et de la commodité perçues supérieures par rapport à la PrEP orale quotidienne (en particulier pour les personnes qui trouvent les effets secondaires et la charge de pilule associés à la PrEP orale quotidienne difficiles à gérer). Les participants des régions d'Afrique et d'Europe en particulier ont fait part de leurs préoccupations concernant le manque de disponibilité de modalités au-delà de la PrEP orale :



« La PrEP est une solution mais pour nous les PWUD mais les effets secondaires sont trop importants, comme la transpiration. C'est une situation 60/40, mais les effets secondaires sont accablants. S'ils pouvaient développer une PrEP qui peut durer 3 mois car les PWUD ne s'en tiennent pas à la routine. » Homme utilisateur de drogue, région Afrique

Les participantes de la région de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale ont également soulevé des questions liées aux développements plus récents concernant les modalités de PrEP, y compris les anneaux vaginaux, mais ont souligné une fois de plus qu'en dépit de la connaissance des pratiques de risques potentiels du VIH et de l'intérêt et des préférences pour ces options, elles sont encore une fois, soit non disponibles, soit les femmes ne sont pas sûres de leur disponibilité bien qu'elles soient approuvées et recommandées par l'OMS. Ces participants ont souligné la nécessité de fournir des services spécifiques aux femmes consommatrices de drogues, y compris aux travailleuses du sexe et/ou utilisant de nouvelles substances psychoactives dans le contexte de la consommation de drogues sexualisée :

« Je pense que c'est ainsi. Si nous supposons hypothétiquement que je participe au marathon chaque semaine du samedi au dimanche, je me défonce et j'ai des relations sexuelles libertines. Je suis conscient qu'un préservatif peut se briser, et si je sais que je peux sûrement prendre la PrEP, ce serait formidable. Je ne peux pas dire que c'est très courant, mais si un service de ce genre est possible, ce serait d'une grande aide. J'ai déjà rencontré des informations sur certaines des recommandations de l'OMS : il y a un besoin d'accès aux anneaux vaginaux, en particulier pour les femmes qui travaillent dans le sexe ou les toxicomanes, en particulier pour celles qui utilisent de nouvelles drogues. Une femme peut utiliser ce genre de bague avant de se lancer dans un marathon de deux jours. » Femme toxicomane, région Europe

En plus des préoccupations soulevées ci-dessus, les participantes ont également soulevé des préoccupations éthiques concernant le simple fait de donner aux femmes utilisatrices de drogues des informations sur l'existence de la PrEP sans s'assurer que des services appropriés sont disponibles et accessibles pour agir sur ces informations. En outre, ils ont souligné comment les problèmes de disponibilité des médicaments peuvent conduire à davantage de stigmatisation et de discrimination à l'encontre des personnes qui s'injectent des drogues en raison d'attitudes et de valeurs bien ancrées parmi les professionnels de la santé quant à savoir qui « mérite le plus » l'accès à ces technologies :





*« Dans notre région, nous devons comprendre ce genre de services... Nous fournissons des informations sur la PrEP, nous parlons d'existence, mais nous ne proposons pas l'accès à ces services, car il n'est pas proposé. Bien qu'il existe des documents prouvant que l'accès doit être fourni, mais il n'y a pas assez de médicaments, et les médecins nous disent toujours : « Vous êtes fou ? Quel type de PrEP pour les toxicomanes voulez-vous que nous fournissions ? » Femme utilisatrice de drogue, région Europe*

Malgré les problèmes ci-dessus concernant la disponibilité des modalités préférées et les inquiétudes généralisées concernant le manque actuel de recherche auprès des personnes qui s'injectent des drogues, la majorité des participants lors des entretiens et des discussions de groupe ont finalement exprimé l'opinion que la PrEP est une intervention de prévention du VIH potentiellement utile pour les personnes. s'injecter des drogues. Les participants ont toutefois souligné que la PrEP doit être proposée dans le cadre d'une série d'approches de prévention du VIH et parallèlement à d'autres interventions. Dans ce contexte, ces participants ont également souligné l'importance d'éviter les réponses surmédicalisées et simplistes, mais plutôt de veiller à ce que les interventions soient menées de manière spécifique au contexte et tiennent compte des besoins et des circonstances individuels des personnes :

*« La PrEP devrait faire partie du tableau, mais ce n'est pas une solution miracle et je crains que tout le financement ne soit consacré à une seule réponse biomédicale au détriment de tout ce que nous savons fonctionne et coûte très cher efficace mais considérée comme politiquement difficile – comme NSP. »* Personne utilisatrice de drogues non binaires, région du Pacifique occidental

*« Faites juste attention à l'approche unique. Adapter la méthode à chaque individu et à son contexte. »* Homme utilisateur de drogues, région Europe

*« Dans certaines circonstances, la PrEP peut sembler exagérée, mais il y a d'autres régions du monde où les taux de VIH sont élevés parmi les personnes qui s'injectent des drogues et elles n'ont pas accès à une gamme d'options - c'est là que la PrEP pourrait être utile. Il s'agit d'individus, de contexte et de ce qui est disponible d'autre. »* Femme utilisatrice de drogue, région du Pacifique occidental

Conformément aux commentaires dans les sections ci-dessus sur les préférences pour les services dirigés par les usagers de drogues et par les pairs, plusieurs participants ont également souligné que les réponses dirigées par la communauté et par les pairs doivent être au cœur de la façon dont la PrEP est positionnée et mise à la disposition des personnes qui s'injectent médicaments. Les participants ont souligné que



les obstacles structurels, y compris la criminalisation continue et les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination, signifient que les interventions contre le VIH telles que la PrEP doivent être mises en œuvre par ou en partenariat complet avec les services dirigés par les utilisateurs de drogues pour éliminer les obstacles et garantir un consentement complet et éclairé. Mais placer les réponses communautaires au cœur de la conception et de la mise en œuvre de la PrEP et d'autres approches de prévention du VIH nécessite un soutien et des ressources appropriés pour ces organisations communautaires et ces services basés sur les pairs - une situation qui est actuellement inadéquate à l'échelle mondiale :

*« Nous savons ce dont notre communauté a besoin et la meilleure façon de fournir une intervention comme la PrEP aux personnes qui s'injectent des drogues dans leur contexte, et comment cela pourrait fonctionner avec le NSP par exemple, mais nous avons besoin de plus de soutien et de ressources pour le faire efficacement. »* Homme utilisateur de drogues, région du Pacifique occidental

*« Seringues sûres et stériles d'abord, puis la PrEP, s'ils le souhaitent ! »* Femme utilisatrice de drogue, région nord-américaine

Le dernier commentaire du participant ci-dessus attire l'attention sur une conversation plus large qui était évidente dans plusieurs transcriptions des participants en ce qui concerne la disponibilité de la PrEP pour les personnes qui s'injectent des drogues et ce qu'un participant a appelé « l'éléphant dans la pièce ». Plus précisément, certains participants étaient préoccupés par la possibilité que les développements et les discussions concernant la PrEP détournent de ce qu'ils considéraient comme la préoccupation beaucoup plus urgente concernant les lacunes persistantes dans la disponibilité de matériel d'injection stérile et d'autres fournitures essentielles de réduction des méfaits dans de nombreux pays. Pour ces participants, bien qu'ils voient la PrEP comme une technologie de prévention du VIH utile qui devrait être correctement étudiée avec les personnes qui s'injectent des drogues et ensuite rendue disponible selon les besoins, ces efforts ne devraient pas détourner l'attention du besoin urgent de remédier à l'accès inadéquat aux services existants, hautement efficaces, des interventions de prévention du VIH rentables et fondées sur des données probantes parmi les personnes qui s'injectent des drogues dans le monde, telles que le PES et l'OAT.



## 4.0 CONCLUSION

En conclusion, le premier point primordial à souligner en ce qui concerne les résultats de cette recherche est que, que nous discussions d'interventions comportementales, biomédicales et structurelles en rapport avec le VIH, le VHC, les IST ou des priorités de santé plus larges pour les personnes qui s'injectent médicaments, il faut avant tout veiller à garantir de véritables approches de soins centrées sur la personne. Cela signifie que la conception, le développement et la mise en œuvre de toutes les interventions et approches doivent être guidés par ce qui fonctionne le mieux et est le plus acceptable pour la personne, la personne impliquée. Cela dit, du point de vue de l'INPUD, la prestation de soins centrés sur la personne est inextricablement liée aux approches basées sur les pairs et dirigées par les utilisateurs de drogues en raison du rôle essentiel que les pairs éducateurs jouent pour atteindre les gens et les aider à accéder aux services. En bref, les réponses dirigées par les pairs et la mobilisation communautaire sont fondamentales pour garantir que la conception, le développement et la prestation des interventions correspondent aux besoins et priorités communautaires et individuels - ils fonctionnent main dans la main.

En outre, il ressort également clairement de ces conclusions que le contexte et le cadre sont également essentiels. Plus précisément, dans cette étude, les participants ont souligné les impacts profondément négatifs des barrières structurelles telles que la criminalisation, la stigmatisation, la discrimination et la violence sur la santé, les droits et la dignité des personnes qui s'injectent des drogues. Nous ne pouvons tout simplement pas nous permettre de continuer à ignorer ou à sous-estimer ce que les participants nous ont dit sans équivoque dans cette recherche, à savoir que la criminalisation est au cœur de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence à leur rencontre. De plus, les participants ont souligné que ces expériences ne sont pas rares ou rares, mais sont plutôt un aspect omniprésent, routinier et franchement implacable de leurs réalités quotidiennes constamment renforcées par des lois et des politiques néfastes, punitives et répressives. Pendant trop longtemps, nous avons laissé ces injustices et ces inégalités se poursuivre sans relâche malgré des preuves de longue date de la façon dont ces facteurs diminuent la capacité des personnes qui s'injectent des drogues à accéder aux services vitaux et compromettent leur capacité à protéger leur santé et leur bien-être.

Heureusement, il existe des opportunités de prendre des « mesures urgentes et transformatrices » pour rectifier cette situation inacceptable. Ces opportunités d'action se présentent sous la forme d'« objectifs de catalyseur social 10-10-10 »<sup>15</sup> qui ont été

---

15 "Une semaine marquante pour la criminalisation du VIH" : <https://www.hivjustice.net/newstype/news/>



adoptés dans le cadre de la « Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et se mettre sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030 » au sommet -Level Meeting (HLM) tenue à New York le 8 juin 2021. Ces objectifs appellent spécifiquement les États membres à mettre fin à toutes les inégalités auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et autres populations prioritaires d'ici 2025 et expriment spécifiquement :

*« ...profondément préoccupée par la stigmatisation, la discrimination, la violence et les lois et pratiques restrictives et discriminatoires qui ciblent les personnes vivant avec, à risque et affectées par le VIH... et « s'engage[s] à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, et à respecter, protéger et respecter les droits humains des personnes vivant avec, à risque et affectées par le VIH... en créant un environnement juridique favorable en révisant et en réformant, au besoin, les cadres juridiques et politiques restrictifs, y compris les lois et pratiques discriminatoires qui créent des obstacles ou renforcent la stigmatisation et discrimination... » <sup>16</sup>*

Ensemble, les objectifs de catalyseur social 10-10-10 s'appuient sur d'autres engagements de la Déclaration politique et de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, notamment les « objectifs 80-60-30 » qui s'engagent également à augmenter la proportion de services liés au VIH qui sont dirigés et fournis par communautés, notamment en veillant à ce que d'ici 2023, 60 % des programmes soutiennent la réalisation de catalyseurs sociaux. Ces objectifs fournissent non seulement l'impulsion, mais la base claire pour l'action dans ce domaine si nécessaire des droits et de la réforme pour les populations clés, y compris les personnes qui s'injectent des drogues.

Lorsque les réponses des participants aux questions clés de cette étude sont réunies, ce qu'ils soulignent avant tout, c'est le droit à la santé, c'est-à-dire des services de santé appropriés pour les personnes qui s'injectent des drogues et l'importance cruciale d'écouter leurs valeurs et leurs préférences pour services de guidage et interventions. En fin de compte, ce qui est représenté dans ces données reflète ce que l'INPUD entend systématiquement, à savoir que les pairs navigateurs sont trop souvent invités à faire partie de programmes qui ne veulent pas d'eux et/ou sont hostiles à leur présence même, et où les personnes qui s'injectent des drogues ne souhaitent pas et ne sont pas invités à y assister. Cela doit fondamentalement changer.

On parle beaucoup d'interventions habilitantes, telles que les réponses dirigées par les pairs, la mobilisation communautaire, la décriminalisation et la réduction et/ou l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination. L'INPUD, bien sûr, se félicite

---

16 [https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021\\_political-declaration-on-hiv-and-aids](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids)

pleinement de ces discussions et engagements. Le problème, cependant, est de savoir comment un tel changement sera réalisé alors que nous n'avons pas encore vu un accès complet à des interventions de prévention et de traitement du VIH et du VHC bien acceptées, rentables et fondées sur des preuves parmi les personnes qui s'injectent des drogues dans de nombreux contextes. La réalisation du droit à la santé des personnes qui s'injectent des drogues nécessitera non seulement la suppression des lois, politiques et pratiques néfastes et punitives (bien que cela soit certainement essentiel), mais aussi le financement approprié et l'intensification des interventions et des services communautaires qui reconnaît correctement la valeur des interventions dirigées par des pairs parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Tant que nous n'évaluerons pas correctement l'expertise des pairs navigateurs et les valeurs et préférences des utilisateurs de drogues injectables, la criminalisation, la stigmatisation et la discrimination continueront d'éroder fondamentalement la santé, les droits et la dignité des utilisateurs de drogues injectables dans le monde.



## 5.0 APPENDICE 1: QUESTIONS PICO

Cette recherche vise à éclairer les lignes directrices des populations clés en ce qui concerne les valeurs et les préférences de la communauté autour des questions PICO pour lesquelles des revues systématiques ont été entreprises. Les questions PICO pertinentes sont les suivantes :

- PICO Q.1.** Les interventions comportementales<sup>17</sup> réduisent-elles les méfaits associés au Chemsex ?
- PICO Q.2.** Les interventions comportementales réduisent-elles les comportements à risque associés au VIH, aux IST et à l'hépatite virale ?
- PICO Q.3.** Les pairs navigateurs améliorent-ils l'initiation et la rétention des populations clés dans les programmes de traitement et de prévention du VIH et de l'hépatite virale ?
- PICO Q.4.** La fourniture de services en ligne améliore-t-elle l'adoption de la prévention, du dépistage, du lien avec le traitement et du maintien du traitement pour les populations clés ?
- PICO Q.5.** Le traitement du VHC avec des AAD pan-génomiques, tel que recommandé par l'OMS, devrait-il être proposé immédiatement aux personnes ayant des comportements à risque persistants et une infection récente par le VHC (y compris une réinfection récente par le VHC) ?
- PICO Q.6.** À quelle fréquence les personnes ayant des comportements à risque continus doivent-elles être retestées pour des preuves d'ARN/cAg du VHC après la documentation d'un test ARN/cAg négatif ?
- PICO Q.7.** Parmi les hommes gais et bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes trans et les professionnel(le)s du sexe, le regroupement d'échantillons provenant de trois sites anatomiques (urètre, anal et pharynx) devrait-il être utilisé pour le dépistage en laboratoire des IST de la gonorrhée et de l'infection à chlamydia sur des échantillons individuels provenant de trois sites anatomiques

17 UNAIDS utilise la définition suivante : Les interventions comportementales pour la prévention du VIH sont appliquées pour promouvoir le changement de comportement sexuel et pour augmenter l'utilisation des services VIH et l'adhésion aux services et comportements VIH. Pour y parvenir, ils abordent généralement les connaissances, les attitudes, la perception des risques, les normes, la demande de services liés au VIH et les compétences. Les interventions incluent principalement la communication interpersonnelle et médiatique, mais elles peuvent également inclure des incitations financières et autres. Les plates-formes de mise en œuvre peuvent être la sensibilisation communautaire, les écoles, les établissements de santé, les lieux de travail ou d'autres cadres. Voir: L'efficacité des interventions comportementales pour la prévention du VIH. Un recueil de preuves. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; 2017, mis à jour 2019.



## 6.0 APPENDICE 2: GUIDES POUR LES ENTRETIENS SEMI-STRUCTURÉS ET LES GROUPE DE DISCUSSION

### 6.1 GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ POUR LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

*Valeurs et préférences des populations clés pour les services liés au VIH, aux hépatites et aux IST : une étude qualitative*

Ce guide d'entretien est destiné à générer et à guider des entretiens avec des informateurs clés avec des membres de la communauté des personnes qui s'injectent des drogues.

#### 1. QUESTIONS DE DISCUSSIONS

*Note à l'intervieweur :* L'ordre des questions dans lesquelles les questions sont posées peut être adapté en fonction du déroulement de la conversation, mais toutes les questions doivent être couvertes dans les entretiens semi-directifs.

#### INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES

*Nous aimerions discuter avec vous de deux questions dans le domaine des interventions comportementales.*

#### Q.1. Dans quelle mesure Chemsex est-il une préoccupation pour votre communauté ?

- a. Si Chemsex est une préoccupation, quelles interventions comportementales seraient utiles pour réduire les méfaits associés au Chemsex dans votre communauté ?

*Invites/sondes*

- Quels sont les risques que vous connaissez en relation avec Chemsex ?
- Existe-t-il d'autres moyens, au-delà des interventions comportementales, de réduire les risques ?

*Note à l'intervieweur:* Veuillez commencer par expliquer les termes intervention comportementale (BI) et Chemsex. Dans ce cas, les interventions comportementales font référence à des interventions, telles que des mesures de conseil et d'éducation, qui visent à réduire le risque d'infection par le VIH, les IST et l'hépatite virale en ayant un impact sur les comportements et en augmentant l'utilisation des services de santé, plutôt que des interventions visant à réduire l'usage de drogues. Les interventions incluent principalement la communication interpersonnelle et médiatique, mais peuvent également inclure des incitations financières ou autres. Les interventions comportementales portent généralement sur les connaissances, les attitudes, la perception du risque, les normes et les compétences.





« Chemsex » fait référence à l'utilisation de drogues pendant les activités sexuelles, qui sont utilisées pour améliorer les sensations. Les drogues les plus couramment utilisées pour Chemsex sont les méthamphétamines, le GHB/GBL, la méphédronne, la cocaïne et la kétamine.

- Q.2.** Selon vous, quelles interventions comportementales pourraient être utiles pour réduire les comportements à risque associés au VIH, aux IST et à l'hépatite virale ?
- a.** Pourquoi pensez-vous que ces interventions comportementales sont efficaces ?
- b.** Comment ces interventions comportementales réduisent-elles les comportements à risque associés au VIH, aux IST et à l'hépatite virale ?

*Invites/sondes*

- Pensez-vous que le conseil est utile?
  - Le conseil est-il plus utile s'il est fourni en groupe ou individuellement ?
- Qu'en est-il de l'éducation à la santé, si cela est utile ?
  - Si oui, comment pensez-vous qu'il devrait être fourni ?

*Note à l'intervieweur:* pour cette question, expliquez qu'il existe de nombreuses « interventions comportementales » qui ont été utilisées dans les programmes pour essayer de soutenir des pratiques sexuelles et d'injection de drogue plus sûres. Nous aimerions comprendre les expériences de votre communauté quant aux interventions qui ont été utiles et à celles qui ne l'ont pas été.

**LIVRAISON DES SERVICES**

*Nous aimerions maintenant discuter des questions liées à la façon dont les services sont fournis, notamment des questions sur les pairs navigateurs, les services dirigés par les pairs et les services en ligne pour le VIH et l'hépatite virale.*

- Q.3.** À votre avis, quel impact les pairs navigateurs ont-ils sur l'accès de votre communauté au traitement et sa capacité à rester dans les programmes de prévention et de traitement du VIH, des IST et de l'hépatite virale ?

*Invites/sondes*

- Quelles caractéristiques font un pair navigateur efficace (de votre communauté, de en dehors de la communauté, plus âgés, plus jeunes, etc.) ?
- L'utilisation de navigateurs pairs suscite-t-elle des inquiétudes ?
- Quand les pairs navigateurs ont-ils le plus d'impact ?

*Note à l'intervieweur :* veuillez expliquer les pairs navigateurs (NP) - Les NP sont des membres de la communauté spécifiquement formés et éduqués sur le traitement et



la prévention du VIH, des IST et de l'hépatite virale. Ce ne sont généralement pas des médecins et/ou des infirmières ayant reçu une formation médicale, mais ils ont suivi une formation spécifique pour fournir des informations adéquates et à jour sur le traitement et la prévention du VIH et de l'hépatite virale.

- Q.4.** Les réponses menées par la communauté (c'est-à-dire les services et programmes gérés et gérés par des personnes qui consomment des drogues) améliorent-elles l'initiation et la poursuite des programmes de traitement et de prévention du VIH et de l'hépatite virale au sein de la communauté ?
- a.** Comment les réponses dirigées par les personnes utilisatrices de drogue de drogues affectent-elles la capacité de votre communauté à accéder aux programmes de prévention ?
  - b.** Comment les réponses menées par les personnes utilisatrices de drogue affectent-elles la capacité de votre communauté à poursuivre le traitement ?
  - c.** Dans quelle mesure est-il important pour vous que les services et programmes de traitement et de prévention du VIH, des IST et de l'hépatite virale soient dirigés par les usagers de drogues ?

*Invites/sondes*

Quelles sont les composantes importantes des services dirigés par les personnes utilisatrices de drogues (par exemple, formation et soutien, lien avec d'autres services, mesure de confidentialité en place, etc.) ?

*Note à l'intervieweur:* Veuillez utiliser la définition récente des réponses communautaires élaborée par l'ONUSIDA ou reportez-vous au document INPUD/UNODC « Implementing Comprehensive HIV and HCV Programs for People who Inject Drugs » pour plus d'informations.

- Q.5.** Que pensez-vous des personnes qui consomment des drogues en utilisant des outils et des plateformes en ligne pour accéder aux services pour le VIH, les IST et les hépatites ?
- a.** Comment l'utilisation d'outils en ligne affecte-t-elle (ou pourrait-elle) affecter l'accès de votre communauté aux services ?
  - b.** Comment l'utilisation d'outils en ligne affecte-t-elle (ou pourrait-elle) affecter la capacité de votre communauté à suivre un traitement ?

*Invites/sondes*

- Quels sont les principaux avantages et inconvénients des interventions en face à face par rapport aux interventions numériques ?
- Quels types d'outils et/ou de plateformes en ligne seraient les plus utiles ?



### OBSTACLES STRUCTURELS ET INTERVENTIONS HABILITANTES

*Ensuite, nous aimerions vous poser des questions sur les interventions visant à éliminer les obstacles structurels à l'accès aux services de santé auxquels sont confrontés les consommateurs de drogues injectables, tels que la criminalisation, la stigmatisation et la discrimination, et la violence. Ces interventions peuvent inclure une réforme de la loi, des initiatives d'autonomisation de la communauté et des mesures de prévention de la violence qui visent à s'attaquer aux causes structurelles de la vulnérabilité.*

- Q.6** Comment la criminalisation de la consommation de drogues affecte-t-elle l'accès de votre communauté aux services et sa capacité à suivre un traitement contre le VIH, les IST et l'hépatite virale ?
- a.** Comment d'autres formes de criminalisation, telles que la criminalisation de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et de la consommation de drogues, affectent-elles l'accès de votre communauté aux services et sa capacité à suivre un traitement ?
- Q.7** Quelles interventions habilitantes pourraient aider à surmonter les obstacles structurels à l'accès aux services pour les personnes qui s'injectent des drogues ?
- a.** Quel impact les initiatives d'autonomisation communautaire ont-elles sur l'accès aux services pour le VIH, les IST et l'hépatite virale ?
- b.** Quels types d'initiatives d'autonomisation communautaire ont le plus d'impact et pourquoi ?

#### *Invites/sondes*

Pourquoi pensez-vous que (soit) la décriminalisation/la stigmatisation et la discrimination/la lutte contre la violence/les initiatives d'autonomisation de la communauté aideraient à surmonter les obstacles à l'accès aux services ?

*Note à l'intervieweur:* expliquez que l'OMS a quatre recommandations pour permettre des interventions qui s'attaquent aux obstacles structurels qui affectent les populations clés et leur accès aux services de santé : lutter contre la criminalisation, la stigmatisation, la discrimination et la violence et soutenir l'autonomisation de la communauté.

- Q.8.** Quels types d'impact la stigmatisation et la discrimination ont-elles sur l'accès des personnes qui s'injectent des drogues à la prévention, au dépistage et au lien avec le traitement, ainsi que sur leur capacité à suivre un traitement ?

### DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C

*Nous aimerions discuter de deux questions dans le domaine du dépistage et du traitement de l'hépatite C.*



**Q.9.** Pensez-vous que les personnes qui s'injectent des drogues et qui ont récemment contracté le VHC (y compris les réinfections récentes) devraient se voir proposer immédiatement un traitement anti-VHC par AAD ?

**a.** Pensez-vous que les personnes qui s'injectent des drogues et qui ont des comportements à risque continus devraient se voir proposer ce type de traitement ?

*Invites/sondes*

- Pourquoi ou pourquoi ne pensez-vous pas que ce traitement devrait être proposé immédiatement aux personnes qui s'injectent des drogues ?
- Quels sont les obstacles pour les personnes qui s'injectent des drogues à recevoir ce traitement ?
- Y a-t-il des inquiétudes quant à l'offre immédiate d'un traitement anti-VHC par AAD ?
- - Quels autres services devraient être fournis avec le traitement ?

*Note à l'intervieweur :* Avant de poser la question sur le traitement par DAA contre le VHC (Q.9 ci-dessus), expliquez que les antiviraux à action directe (AAD) pangénotypiques sont une nouvelle génération d'AAD qui traitent un plus large éventail de différentes souches d'infection par l'hépatite C. Certains de ces nouveaux schémas thérapeutiques ont des taux de guérison plus élevés, une bonne tolérance (faibles effets secondaires), une faible charge de pilules et moins d'interactions médicamenteuses. L'OMS a récemment mis à jour ses directives pour recommander des AAD pan-génotypiques pour l'infection chronique par le VHC. Expliquez également qu'en raison des développements dans le traitement du VHC, l'OMS évalue actuellement la possibilité de recommander d'offrir un traitement immédiat aux personnes dès le diagnostic, ainsi qu'à celles qui continuent à être à risque de (ré)infection et de transmission. L'une des préoccupations de cette approche est qu'elle peut inclure un certain niveau de surtraitement, car certaines personnes peuvent éliminer le virus sans traitement.

**Q.10.** À quelle fréquence pensez-vous que les personnes qui s'injectent des drogues qui s'engagent dans des comportements à risque continus de VHC et qui ont déjà été traités pour le VHC ou qui ont été éliminés du VHC sans traitement devraient subir un nouveau test de dépistage de la présence du virus de l'hépatite C dans leur sang (virémie ou ARN test PCR) ?

*Invites/sondes*

- Pensez-vous que les gens seraient prêts à être retestés régulièrement ? Si oui, à quelle fréquence/à quelle fréquence ce nouveau test de virémie doit-il avoir lieu ?
- Y a-t-il des inquiétudes concernant le nouveau test de virémie ?
- Quels autres services ou soutiens devraient être disponibles en plus du nouveau test de virémie ?



*Note à l'intervieweur :* Avant de poser la question sur le nouveau test de virémie du VHC (Q.10 ci-dessus), expliquez que le VHC est un virus à ARN. Il est de plus en plus recommandé que les personnes qui ont été traitées et guéries ou qui ont éliminé le VHC sans traitement subissent régulièrement un nouveau test de dépistage du virus de l'hépatite C dans leur sang (c'est ce qu'on appelle un test de virémie ou ARN PCR). Bien que cette approche soit de plus en plus recommandée, l'accès au test de virémie n'est pas toujours disponible, en particulier dans les services à bas seuil et dirigés par la communauté, etc.

#### PRIORITÉS DE SANTÉ DES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

**Q.11.** Quels problèmes de santé sont une priorité pour votre communauté?

*Invites/sondes*

- Pourquoi est-ce une priorité ?
- Quelles interventions ou approches sont les meilleures pour répondre à ces préoccupations ?

*Note à l'intervieweur :* Pour guider cette discussion, veuillez vous référer aux priorités décrites dans la Figure 4. le Protocole d'Entretien.

#### PRÉVENTION VIH

*Ensuite, nous aimerions vous demander ce que vous pensez des différentes méthodes et technologies de prévention du VIH. Ceux-ci peuvent inclure : des préservatifs et des lubrifiants, des fournitures de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues, un traitement de substitution aux opioïdes, de la buprénorphine à action prolongée pour les personnes qui s'injectent des drogues, une prophylaxie post-exposition (PEP), une prophylaxie pré-exposition (PrEP) et un traitement contre le VIH -comme-prévention.*

**Q.12.** Quelles technologies de prévention du VIH devraient être proposées aux consommateurs de drogues injectables dans tous les contextes ?

**a.** Quels sont les avantages et les inconvénients des différentes technologies de prévention du VIH pour les consommateurs de drogues injectables ?

*Invites/sondes*

- Où ces technologies devraient-elles être mises à disposition et pourquoi ? (par exemple, établissement médical/clinique de santé, établissement communautaire, pharmacie, prestation de services de proximité par les pairs, autre)
- Quels obstacles votre communauté rencontre-t-elle pour accéder et utiliser différentes technologies de prévention du VIH ?



*Note à l'intervieweur* : Fournissez des définitions des différentes méthodes, si nécessaire.

Depot-bupe est une nouvelle formulation à action prolongée de la buprénorphine. Il existe deux formes qui se présentent sous forme d'injectables ou d'injections sous-cutanées (sous la peau), qui libèrent lentement la buprénorphine dans le corps. Bien qu'ils ne soient pas actuellement disponibles partout, ils sont promus dans certains contextes, il est donc important de recueillir les valeurs et les préférences sur ce médicament.

**PrEP**

*Enfin, je vais maintenant aborder certaines questions concernant la prophylaxie pré-exposition et certains développements récents dans ce domaine.*

- Q.13.** La PrEP est-elle une méthode de prévention du VIH adaptée aux personnes qui s'injectent des drogues ?
- a.** Si votre communauté a identifié la PrEP comme une technologie de prévention du VIH appropriée pour les personnes qui s'injectent des drogues, comment le fait d'offrir une gamme d'options de modalités de PrEP aurait-il un impact sur l'utilisation et l'adoption de la PrEP parmi les personnes qui s'injectent des drogues ?

*Invites/sondes*

- Quels sont les avantages et les inconvénients potentiels des différentes stratégies de dosage et formulations de PrEP pour les personnes qui s'injectent des drogues ?
- Où votre communauté préférerait-elle que les services de PrEP soient fournis, et pourquoi ? (par exemple, établissement médical/clinique de santé, accouchement dans la communauté, pharmacie, autre)

*Note à l'intervieweur:* veuillez expliquer – La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est l'utilisation de médicaments antirétroviraux par des personnes séronégatives pour réduire les risques d'infection par le VIH. L'OMS recommande la PrEP orale quotidienne contenant du ténofovir comme choix de prévention supplémentaire pour les populations clés depuis 2015, mais n'est actuellement pas largement utilisée parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Certaines préoccupations antérieures ont été soulevées au sujet de l'acceptabilité, de la faisabilité et de la pertinence pour les personnes qui s'injectent des drogues.

La PrEP peut être délivrée de plusieurs manières ou modalités. Ces modalités comprennent la PrEP orale quotidienne, la PrEP événementielle (prise après un événement pouvant conduire à la transmission du VIH), la PrEP injectable à action prolongée et l'anneau vaginal Dapivirine.



## VALEURS ET PRÉFÉRENCES DES POPULATIONS CLÉS POUR SERVICES VIH, HÉPATITES ET ITSS : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

L'anneau vaginal à dapivirine (DVR) est un produit qui est inséré dans le vagin pour fournir une protection contre le VIH pendant un mois et dont l'utilisation est approuvée et l'OMS le recommande comme option supplémentaire pour « toute personne à risque important ».

Le cabotégavir injectable à action prolongée (CAB-LA) est une modalité injectable de la PrEP. Des études récentes CAB-LA sont supérieures à la PrEP orale pour prévenir l'acquisition du VIH chez les hommes homosexuels et bisexuels cis, les femmes transgenres et les femmes adultes cisgenres.

La PrEP événementielle implique la prise d'une dose plus élevée de PrEP orale avant les rapports sexuels ou la consommation de drogue, suivie d'un calendrier fixe de dosage de suivi. Cela signifie que les gens peuvent prendre ce médicament de temps en temps avant un risque potentiel. En raison d'un manque de recherche, la PrEP événementielle n'a pas été recommandée pour les personnes qui s'injectent des drogues.

Toutes les options, la PrEP orale, la PrEP événementielle, l'injectable à longue durée d'action et l'anneau vaginal Dapivirine n'ont malheureusement pas été suffisamment testées et étudiées chez les personnes qui s'injectent des drogues.

### **FERMETURE**

*Demandez aux participants s'il y a autre chose sur les sujets ci-dessus qu'ils n'ont pas encore eu l'occasion de dire et qu'ils aimeraient ajouter avant de clore l'entretien.*





## 6.2 GUIDE DES GROUPES DE DISCUSSION POUR LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

*Valeurs et préférences des populations clés pour les services liés au VIH, aux hépatites et aux IST : une étude qualitative*

Ce guide de groupe de discussion est destiné à générer et à orienter des discussions de groupe avec des membres de la communauté des personnes qui s'injectent des drogues.

### QUESTIONS DE DISCUSSIONS

*Note à modérateur :* L'ordre des questions dans lesquelles les questions sont posées peut être adapté en fonction du déroulement de la conversation, mais toutes les questions doivent être couvertes dans les entretiens semi-directifs.

#### INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES

*Nous aimerions discuter avec vous de deux questions dans le domaine des interventions comportementales.*

- Q.1.** Dans quelle mesure Chemsex est-il une préoccupation pour votre communauté ?
- a.** Si Chemsex est une préoccupation, quelles interventions comportementales seraient utiles pour réduire les méfaits associés au Chemsex dans votre communauté ?

*Invites/sondes*

- Quels sont les risques que vous connaissez en relation avec Chemsex ?
- Existe-t-il d'autres moyens, au-delà des interventions comportementales, de réduire les risques ?

*Note à modérateur :* Veuillez commencer par expliquer les termes intervention comportementale (BI) et Chemsex. Dans ce cas, les interventions comportementales font référence à des interventions, telles que des mesures de conseil et d'éducation, qui visent à réduire le risque d'infection par le VIH, les IST et l'hépatite virale en ayant un impact sur les comportements et en augmentant l'utilisation des services de santé, plutôt que des interventions visant à réduire l'usage de drogues. Les interventions incluent principalement la communication interpersonnelle et médiatique, mais peuvent également inclure des incitations financières ou autres. Les interventions comportementales portent généralement sur les connaissances, les attitudes, la perception du risque, les normes et les compétences.

« Chemsex » fait référence à l'utilisation de drogues pendant les activités sexuelles, qui sont utilisées pour améliorer les sensations. Les drogues les plus couramment



utilisées pour Chemsex sont les méthamphétamines, le GHB/GBL, la méphédrone, la cocaïne et la kétamine.

- Q.2.** Selon vous, quelles interventions comportementales pourraient être utiles pour réduire les comportements à risque associés au VIH, aux IST et à l'hépatite virale ?
- a.** Pourquoi pensez-vous que ces interventions comportementales sont efficaces ?
  - b.** Comment ces interventions comportementales réduisent-elles les comportements à risque associés au VIH, aux IST et à l'hépatite virale ?

*Invites/sondes*

- Pensez-vous que le conseil est utile ?
  - Le conseil est-il plus utile s'il est fourni en groupe ou individuellement ?
- Qu'en est-il de l'éducation à la santé, si cela est utile ?
  - Si oui, comment pensez-vous qu'il devrait être fourni ?

*Note à modérateur :* pour cette question, expliquez qu'il existe de nombreuses « interventions comportementales » qui ont été utilisées dans les programmes pour essayer de soutenir des pratiques sexuelles et d'injection de drogue plus sûres. Nous aimerions comprendre les expériences de votre communauté quant aux interventions qui ont été utiles et à celles qui ne l'ont pas été.

#### **LIVRAISON DES SERVICES**

*Nous aimerions maintenant discuter des questions liées à la façon dont les services sont fournis, notamment des questions sur les pairs navigateurs, les services dirigés par les pairs et les services en ligne pour le VIH et l'hépatite virale.*

- Q.3.** À votre avis, quel impact les pairs navigateurs ont-ils sur l'accès de votre communauté au traitement et sa capacité à rester dans les programmes de prévention et de traitement du VIH, des IST et de l'hépatite virale ?

*Invites/sondes*

- Quelles caractéristiques font un pair navigateur efficace (de votre communauté, de en dehors de la communauté, plus âgés, plus jeunes, etc.) ?
- L'utilisation de navigateurs pairs suscite-t-elle des inquiétudes ?
- Quand les pairs navigateurs ont-ils le plus d'impact ?

*Note à modérateur :* veuillez expliquer les pairs navigateurs (NP) - Les NP sont des membres de la communauté spécifiquement formés et éduqués sur le traitement et la prévention du VIH, des IST et de l'hépatite virale. Ce ne sont généralement pas des médecins et/ou des infirmières ayant reçu une formation médicale, mais ils ont suivi



une formation spécifique pour fournir des informations adéquates et à jour sur le traitement et la prévention du VIH et de l'hépatite virale.

- Q.4.** Les réponses menées par la communauté (c'est-à-dire les services et programmes gérés et gérés par des personnes qui consomment des drogues) améliorent-elles l'initiation et la poursuite des programmes de traitement et de prévention du VIH et de l'hépatite virale au sein de la communauté ?
- a.** Comment les réponses dirigées par les personnes utilisatrices de drogue de drogues affectent-elles la capacité de votre communauté à accéder aux programmes de prévention ?
  - b.** Comment les réponses menées par les personnes utilisatrices de drogue affectent-elles la capacité de votre communauté à poursuivre le traitement ?
  - c.** Dans quelle mesure est-il important pour vous que les services et programmes de traitement et de prévention du VIH, des IST et de l'hépatite virale soient dirigés par les usagers de drogues ?

*Invites/sondes*

- Quelles sont les composantes importantes des services dirigés par les personnes utilisatrices de drogues (par exemple, formation et soutien, lien avec d'autres services, mesure de confidentialité en place, etc.) ?

*Note à modérateur :* Veuillez utiliser la définition récente des réponses communautaires élaborée par l'ONUSIDA ou reportez-vous au document INPUD/UNODC « Implementing Comprehensive HIV and HCV Programs for People who Inject Drugs » pour plus d'informations.

- Q.5.** Que pensez-vous des personnes qui consomment des drogues en utilisant des outils et des plateformes en ligne pour accéder aux services pour le VIH, les IST et les hépatites ?
- Comment l'utilisation d'outils en ligne affecte-t-elle (ou pourrait-elle) affecter l'accès de votre communauté aux services ?
  - Comment l'utilisation d'outils en ligne affecte-t-elle (ou pourrait-elle) affecter la capacité de votre communauté à suivre un traitement ?

*Invites/sondes*

- Quels sont les principaux avantages et inconvénients des interventions en face à face par rapport aux interventions numériques ?
- Quels types d'outils et/ou de plateformes en ligne seraient les plus utiles ?



### OBSTACLES STRUCTURELS ET INTERVENTIONS HABILITANTES

*Ensuite, nous aimerions vous poser des questions sur les interventions visant à éliminer les obstacles structurels à l'accès aux services de santé auxquels sont confrontés les consommateurs de drogues injectables, tels que la criminalisation, la stigmatisation et la discrimination, et la violence. Ces interventions peuvent inclure une réforme de la loi, des initiatives d'autonomisation de la communauté et des mesures de prévention de la violence qui visent à s'attaquer aux causes structurelles de la vulnérabilité.*

- Q.6** Comment la criminalisation de la consommation de drogues affecte-t-elle l'accès de votre communauté aux services et sa capacité à suivre un traitement contre le VIH, les IST et l'hépatite virale ?
- a.** Comment d'autres formes de criminalisation, telles que la criminalisation de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et de la consommation de drogues, affectent-elles l'accès de votre communauté aux services et sa capacité à suivre un traitement ?
- Q.7** Quelles interventions habilitantes pourraient aider à surmonter les obstacles structurels à l'accès aux services pour les personnes qui s'injectent des drogues ?
- a.** Quel impact les initiatives d'autonomisation communautaire ont-elles sur l'accès aux services pour le VIH, les IST et l'hépatite virale ?
- b.** Quels types d'initiatives d'autonomisation communautaire ont le plus d'impact et pourquoi ?

#### *Invites/sondes*

Pourquoi pensez-vous que (soit) la décriminalisation/la stigmatisation et la discrimination/la lutte contre la violence/les initiatives d'autonomisation de la communauté aideraient à surmonter les obstacles à l'accès aux services ?

*Note à modérateur :* expliquez que l'OMS a quatre recommandations pour permettre des interventions qui s'attaquent aux obstacles structurels qui affectent les populations clés et leur accès aux services de santé : lutter contre la criminalisation, la stigmatisation, la discrimination et la violence et soutenir l'autonomisation de la communauté.

- Q.8.** Quels types d'impact la stigmatisation et la discrimination ont-elles sur l'accès des personnes qui s'injectent des drogues à la prévention, au dépistage et au lien avec le traitement, ainsi que sur leur capacité à suivre un traitement ?

### DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C

*Nous aimerions discuter de deux questions dans le domaine du dépistage et du traitement de l'hépatite C*



**Q.9.** Pensez-vous que les personnes qui s'injectent des drogues et qui ont récemment contracté le VHC (y compris les réinfections récentes) devraient se voir proposer immédiatement un traitement anti-VHC par AAD ?

**a.** Pensez-vous que les personnes qui s'injectent des drogues et qui ont des comportements à risque continus devraient se voir proposer ce type de traitement ?

*Invites/sondes*

- Pourquoi ou pourquoi ne pensez-vous pas que ce traitement devrait être proposé immédiatement aux personnes qui s'injectent des drogues ?
- Quels sont les obstacles pour les personnes qui s'injectent des drogues à recevoir ce traitement ?
- Y a-t-il des inquiétudes quant à l'offre immédiate d'un traitement anti-VHC par AAD ?
- Quels autres services devraient être fournis avec le traitement ?

*Note à modérateur :* Avant de poser la question sur le traitement par DAA contre le VHC (Q.9 ci-dessus), expliquez que les antiviraux à action directe (AAD) pangénotypiques sont une nouvelle génération d'AAD qui traitent un plus large éventail de différentes souches d'infection par l'hépatite C. Certains de ces nouveaux schémas thérapeutiques ont des taux de guérison plus élevés, une bonne tolérance (faibles effets secondaires), une faible charge de pilules et moins d'interactions médicamenteuses. L'OMS a récemment mis à jour ses directives pour recommander des AAD pan-génotypiques pour l'infection chronique par le VHC. Expliquez également qu'en raison des développements dans le traitement du VHC, l'OMS évalue actuellement la possibilité de recommander d'offrir un traitement immédiat aux personnes dès le diagnostic, ainsi qu'à celles qui continuent à être à risque de (ré)infection et de transmission. L'une des préoccupations de cette approche est qu'elle peut inclure un certain niveau de surtraitement, car certaines personnes peuvent éliminer le virus sans traitement.

**Q.10.** À quelle fréquence pensez-vous que les personnes qui s'injectent des drogues qui s'engagent dans des comportements à risque continus de VHC et qui ont déjà été traités pour le VHC ou qui ont été éliminés du VHC sans traitement devraient subir un nouveau test de dépistage de la présence du virus de l'hépatite C dans leur sang (virémie ou ARN test PCR) ?

*Invites/sondes*

- Pensez-vous que les gens seraient prêts à être retestés régulièrement ? Si oui, à quelle fréquence/à quelle fréquence ce nouveau test de virémie doit-il avoir lieu ?
- Y a-t-il des inquiétudes concernant le nouveau test de virémie ?
- Quels autres services ou soutiens devraient être disponibles en plus du nouveau test de virémie ?



*Note à modérateur :* Avant de poser la question sur le nouveau test de virémie du VHC (Q.10 ci-dessus), expliquez que le VHC est un virus à ARN. Il est de plus en plus recommandé que les personnes qui ont été traitées et guéries ou qui ont éliminé le VHC sans traitement subissent régulièrement un nouveau test de dépistage du virus de l'hépatite C dans leur sang (c'est ce qu'on appelle un test de virémie ou ARN PCR). Bien que cette approche soit de plus en plus recommandée, l'accès au test de virémie n'est pas toujours disponible, en particulier dans les services à bas seuil et dirigés par la communauté, etc.

#### PRIORITÉS DE SANTÉ DES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

**Q.11.** Quels problèmes de santé sont une priorité pour votre communauté?

*Invites/sondes*

- Pourquoi est-ce une priorité ?
- Quelles interventions ou approches sont les meilleures pour répondre à ces préoccupations ?

*Note à modérateur :* Pour guider cette discussion, veuillez vous référer aux priorités décrites dans la Figure 4. le Protocole d'Entretien

#### PRÉVENTION VIH

*Ensuite, nous aimerions vous demander ce que vous pensez des différentes méthodes et technologies de prévention du VIH. Ceux-ci peuvent inclure : des préservatifs et des lubrifiants, des fournitures de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues, un traitement de substitution aux opioïdes, de la buprénorphine à action prolongée pour les personnes qui s'injectent des drogues, une prophylaxie post-exposition (PEP), une prophylaxie pré-exposition (PrEP) et un traitement contre le VIH -comme-prévention.*

**Q.12.** Quelles technologies de prévention du VIH devraient être proposées aux consommateurs de drogues injectables dans tous les contextes ?

**a.** Quels sont les avantages et les inconvénients des différentes technologies de prévention du VIH pour les consommateurs de drogues injectables ?

*Invites/sondes*

- Où ces technologies devraient-elles être mises à disposition et pourquoi ? (par exemple, établissement médical/clinique de santé, établissement communautaire, pharmacie, prestation de services de proximité par les pairs, autre)
- Quels obstacles votre communauté rencontre-t-elle pour accéder et utiliser différentes technologies de prévention du VIH ?



*Note à modérateur :* Fournissez des définitions des différentes méthodes, si nécessaire.

Depot-bupe est une nouvelle formulation à action prolongée de la buprénorphine. Il existe deux formes qui se présentent sous forme d'injectables ou d'injections sous-cutanées (sous la peau), qui libèrent lentement la buprénorphine dans le corps. Bien qu'ils ne soient pas actuellement disponibles partout, ils sont promus dans certains contextes, il est donc important de recueillir les valeurs et les préférences sur ce médicament.

#### **PrEP**

*Enfin, je vais maintenant aborder certaines questions concernant la prophylaxie pré-exposition et certains développements récents dans ce domaine.*

- Q.13.** La PrEP est-elle une méthode de prévention du VIH adaptée aux personnes qui s'injectent des drogues ?
- a.** Si votre communauté a identifié la PrEP comme une technologie de prévention du VIH appropriée pour les personnes qui s'injectent des drogues, comment le fait d'offrir une gamme d'options de modalités de PrEP aurait-il un impact sur l'utilisation et l'adoption de la PrEP parmi les personnes qui s'injectent des drogues ?

#### *Invites/sondes*

- Quels sont les avantages et les inconvénients potentiels des différentes stratégies de dosage et formulations de PrEP pour les personnes qui s'injectent des drogues ?
- Où votre communauté préférerait-elle que les services de PrEP soient fournis, et pourquoi ? (par exemple, établissement médical/clinique de santé, accouchement dans la communauté, pharmacie, autre)

*Note à modérateur :* veuillez expliquer – La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est l'utilisation de médicaments antirétroviraux par des personnes séronégatives pour réduire les risques d'infection par le VIH. L'OMS recommande la PrEP orale quotidienne contenant du ténofovir comme choix de prévention supplémentaire pour les populations clés depuis 2015, mais n'est actuellement pas largement utilisée parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Certaines préoccupations antérieures ont été soulevées au sujet de l'acceptabilité, de la faisabilité et de la pertinence pour les personnes qui s'injectent des drogues.

La PrEP peut être délivrée de plusieurs manières ou modalités. Ces modalités comprennent la PrEP orale quotidienne, la PrEP événementielle (prise après un événement pouvant conduire à la transmission du VIH), la PrEP injectable à action prolongée et l'anneau vaginal Dapivirine.





## VALEURS ET PRÉFÉRENCES DES POPULATIONS CLÉS POUR SERVICES VIH, HÉPATITES ET ITSS : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

L'anneau vaginal à dapivirine (DVR) est un produit qui est inséré dans le vagin pour fournir une protection contre le VIH pendant un mois et dont l'utilisation est approuvée et l'OMS le recommande comme option supplémentaire pour « toute personne à risque important ».

Le cabotégavir injectable à action prolongée (CAB-LA) est une modalité injectable de la PrEP. Des études récentes CAB-LA sont supérieures à la PrEP orale pour prévenir l'acquisition du VIH chez les hommes homosexuels et bisexuels cis, les femmes transgenres et les femmes adultes cisgenres.

La PrEP événementielle implique la prise d'une dose plus élevée de PrEP orale avant les rapports sexuels ou la consommation de drogue, suivie d'un calendrier fixe de dosage de suivi. Cela signifie que les gens peuvent prendre ce médicament de temps en temps avant un risque potentiel. En raison d'un manque de recherche, la PrEP événementielle n'a pas été recommandée pour les personnes qui s'injectent des drogues.

Toutes les options, la PrEP orale, la PrEP événementielle, l'injectable à longue durée d'action et l'anneau vaginal Dapivirine n'ont malheureusement pas été suffisamment testées et étudiées chez les personnes qui s'injectent des drogues.

### **FERMETURE**

Demandez aux participants s'il y a autre chose sur les sujets ci-dessus qu'ils n'ont pas encore eu l'occasion de dire et qu'ils aimeraient ajouter avant de clore l'entretien.

L'INPUD souhaite remercier toutes les personnes qui ont participé à cette étude en tant qu'informateurs clés ou participants aux groupes de discussion. L'INPUD souhaite également remercier les points focaux régionaux (RFP) et les chercheurs communautaires qui ont agi à titre de consultant pour organiser et mener les entretiens semi-structurés avec des informateurs clés et les groupes de discussion régionaux et résumé et codé les données collectées. En tant que réseau mondial de pairs, l'INPUD est aussi fort que sa communauté de consommateurs de drogues. Nous remercions tous les participants, les RFP et les chercheurs communautaires pour leur travail et leurs contributions à cette étude et à la construction de notre compréhension de ces problèmes clés pour notre communauté mondiale.



Éditeur: International Network of People Who Use Drugs (INPUD)

Chercheurs principaux: Annie Madden et Judy Chang

Point focaux régionaux: Olga Belyaeva, Matthew Bonn, Angela McBride, Charity Monareng, Richard Nininahazwe, Kassim Nyuni, Louise Vincent.



Ce travail est sous licence Creative Commons Attribution – Non Commercial - NoDerivs 3.0 Licence non portée

Publié pour la première fois en 2021 par

INPUD Secretariat

Unit 2B15, South Bank Technopark

90 London Road, London SE1 6LN

[www.inpud.net](http://www.inpud.net)



International  
Network of People  
who Use Drugs