



Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les personnes usagères de drogues en injection

CONSEILS PRATIQUES POUR DES INTERVENTIONS COLLABORATIVES

Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les personnes usagères de drogues en injection

CONSEILS PRATIQUES POUR DES INTERVENTIONS COLLABORATIVES

**Cette publication est dédiée à la mémoire de Raffi Balian (1956–2017)
Avec notre affection et notre respect**

Citation recommandée :

Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime (ONUDD), International Network of People Who Use Drugs (INPUD), Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD), Organisation mondiale de la Santé (OMS), United States Agency for International Development (USAID). Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les PUDI : conseils pratiques pour des interventions collaboratives. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2017.

©Office des Nations unies contre la drogue et le crime

Le contenu de ce document ne reflète pas nécessairement les vues de l'ONUDD ou des organisations y ayant contribué. Les descriptions et la classification des pays et territoires cités dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. La présente publication n'a pas été revue par les services d'édition.

Ce document n'a pas été formellement édité.

Le document original a été publié en anglais sous le titre « Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs : PRACTICAL GUIDANCE FOR COLLABORATIVE INTERVENTIONS ». La version française n'est pas une traduction officielle de l'Organisation des Nations unies.

Photo de couverture reproduite avec l'aimable autorisation de l'ONUDD/HAS.

Mise en page : Createch Ltd.

Table des matières

Remerciements	vii
Sigles et acronymes	x
Glossaire	xi
Introduction	xv
Le chapitre ① L'autonomisation de la communauté	1
1.1 Introduction	5
1.2 Les éléments clés de l'autonomisation de la communauté	9
1.2.1 Travailler avec les communautés de PUDI	11
1.2.2 Encourager les actions de proximité et les prestations de services menées par les PUDI	13
1.2.3 S'adapter aux besoins et aux contextes locaux	15
1.2.4 Développer des organisations de PUDI	15
1.2.5 Consolider les associations et renforcer les capacités	17
1.2.6 Façonner les politiques et créer des environnements catalyseurs	21
1.2.7 Pérenniser le mouvement	23
1.3 Le suivi des progrès	26
1.4 Pour aller plus loin	28
Le chapitre ② Les réformes législatives, les droits humains, la stigmatisation et la discrimination	31
2.1 Introduction	35
2.2 L'examen et la réforme des lois et des politiques	35
2.2.1 Les cadres pour la réforme	35
2.2.2 La dépenalisation de l'usage de drogues et la possession de drogues à des fins de consommation personnelle	38
2.2.3 L'abolition de la peine de mort	38
2.2.4 Les jeunes : le plaidoyer en faveur de la suppression des obstacles liés à l'âge	39
2.3 La promotion des droits humains	40
2.3.1 L'accès à la justice : organiser des programmes d'assistance juridique et d'autonomisation juridique des PUD	40
2.3.2 La documentation des violations des droits humains	43
2.3.3 La lutte contre la violence exercée par la police et les autres obstacles liés aux forces de l'ordre	45

2.3.4	Le traitement forcé et obligatoire	49
2.3.5	L'accès aux services de santé en détention	50
2.3.6	Le plaidoyer en faveur des services de réduction des risques intégrant une approche fondée sur le genre	52
2.4	La lutte contre la stigmatisation et la discrimination	53
2.4.1	La programmation au niveau local pour réduire la stigmatisation et la discrimination	54
2.4.2	Changer les attitudes à l'égard des PUD.....	56
2.5	Le suivi des programmes	58
2.6	Pour aller plus loin	60

Le chapitre ③ Les services de santé et de soutien 63

3.1	Introduction	68
3.2	Les programmes d'accès aux seringues	68
3.2.1	Les modes de délivrance des services	70
3.2.2	La mise en place des PAS pour les personnes incarcérées	72
3.3	Les traitements de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance à la drogue ayant fait leurs preuves	73
3.3.1	Les directives relatives au programme de TSO	73
3.3.2	La délivrance du traitement	75
3.3.3	Le TSO pour les femmes enceintes	77
3.3.4	Le TSO dans les prisons	78
3.3.5	Les interventions psychosociales et les autres traitements de la dépendance à la drogue ayant fait leurs preuves	78
3.4	Les services de dépistage du VIH	79
3.4.1	La préparation aux SDV	79
3.4.2	La délivrance des SDV	80
3.4.3	La prophylaxie pré-exposition (PrEP)	81
3.4.4	Les autres méthodes de dépistage	82
3.5	Le traitement antirétroviral	82
3.5.1	L'initiation du traitement	83
3.5.2	Le soutien à l'observance	83
3.5.3	La gestion des contre-indications	84
3.5.4	Surmonter les obstacles à l'accès des PUDI au traitement ARV	84
3.6	Les services liés aux infections sexuellement transmissibles	84
3.6.1	La conception des services liés aux IST.....	85
3.6.2	L'organisation des services liés aux IST	86
3.7	La santé sexuelle et reproductive et les droits associés	86

3.7.1	Le counselling en matière de planification familiale et de contraception	86
3.7.2	Le test de grossesse et les soins pré- et postnatals	87
3.7.3	L'interruption volontaire de grossesse et les soins post-avortement	89
3.7.4	Les soins médicaux pour les victimes d'agression sexuelle	89
3.7.5	Les services destinés aux personnes travailleuses du sexe usagères de drogues injectables	90
3.8	Les programmes d'accès aux préservatifs et lubrifiants pour les PUD et leurs partenaires sexuels	90
3.9	L'Information, éducation et communication ciblées	91
3.9.1	L'élaboration des supports d'IEC efficaces pour les PUDI	92
3.9.2	Les supports d'IEC et la mobilisation communautaire	93
3.10	La prévention, la vaccination, le diagnostic et le traitement des hépatites virales	93
3.10.1	La prévention	93
3.10.2	Le dépistage du VHB et du VHC	94
3.10.3	Le traitement	94
3.10.4	Les considérations pour la mise en œuvre	95
3.11	La prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose	97
3.11.1	Le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'infection tuberculeuse latente ...	97
3.11.2	Le traitement	99
3.11.3	Le soutien à l'observance	100
3.11.4	Le traitement de la tuberculose dans les prisons	101
3.11.5	Le contrôle de l'infection tuberculeuse	101
3.12	La prévention et la prise en charge des overdoses.....	101
3.12.1	La prévention.....	101
3.12.2	Les interventions pour améliorer l'accès à la naloxone.....	102
3.12.3	Les étapes pour mettre en œuvre un programme de distribution de naloxone ...	103
3.13	Les services psychosociaux	104
3.14	Pour aller plus loin	104

Le chapitre 4 Les approches en matière d'offre de services

4.1	Introduction	113
4.2	Les stratégies pour concevoir et démarrer des services efficaces	113
4.2.1	Les considérations pour fournir des services à des groupes spécifiques	115
4.2.2	Les modèles d'offre de services	117
4.2.3	Rendre les programmes de réduction des risques acceptables pour la population locale	119
4.2.4	Le suivi et l'évaluation	120
4.3	La planification des services de réduction des risques menés par la communauté	120

4.4	Le recrutement et la gestion du personnel de la communauté dans les programmes ...	122
4.4.1	Le recrutement des membres de la communauté	122
4.4.2	L'encadrement et le soutien des membres de la communauté	122
4.4.3	La supervision indépendante	124
4.5	Les actions de proximité menées par les pairs	124
4.5.1	L'encouragement à l'accès aux services par les travailleurs de proximité pairs	124
4.5.2	Le recrutement et la formation des travailleurs de proximité pairs	126
4.5.3	La mise en œuvre des actions de proximité	128
4.5.4	L'accompagnement pas les pairs	131
4.6	Les lieux d'accueil	131
4.6.1	La planification d'un lieu d'accueil	131
4.6.2	La mise en place du lieu	133
4.6.3	La délivrance des services	134
4.6.4	La gestion du lieu d'accueil	136
4.7	Pour aller plus loin	138

Le chapitre 5 La gestion de programme 141

5.1	Introduction	145
5.2	L'évaluation	146
5.2.1	Définir la couverture du projet : estimation de la taille de la population et cartographie	146
5.2.2	Développer la riposte aux niveaux national et local : évaluation des besoins	148
5.2.3	Comprendre l'environnement	150
5.2.4	Définir des priorités géographiques	151
5.3	La planification	152
5.3.1	Élaborer un plan de programme	152
5.3.2	Établir la structure de gestion	153
5.4	Le recrutement et la formation le personnel	155
5.5	La mise en œuvre d'un programme	156
5.6	L'amélioration de la qualité par la communauté	158
5.6.1	Les comités communautaires	158
5.7	Le suivi et l'évaluation	160
5.7.1	Le suivi	160
5.7.2	Évaluation	162
5.7.3	Le contrôle de la qualité par la communauté lors du suivi et de l'évaluation	162
5.8	Pour aller plus loin	164

Remerciements

Cet outil a été élaboré par des personnes usagères de drogues en injection (PUDI), des coordinateurs de programmes, des chercheurs et des partenaires du développement ayant soutenu la recherche, la rédaction et la révision en collaboration avec un groupe de coordination. Nous remercions chaleureusement tous les contributeurs cités ci-dessous, ainsi que les organisations qui ont fourni des études de cas, pour leur temps et leur expertise.

Edo Agustian, PKNI (Indonesia Network of People Who Use Drugs), Indonésie
Vladanka Andreeva, Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida, Bangkok
Tenu Avafia, Programme des Nations unies pour le Développement, New York
Sylvia Ayon, Kenya AIDS NGOs Consortium, Kenya
Annabel Baddeley, Organisation mondiale de la Santé, Genève
Nicholas Bartlett, Barnard College, États-Unis
Anton Basenko, Alliance for Public Health, Ukraine
Ruth Birgin, International Network of Women Who Use Drugs, Australie
Holly Bradford, San Francisco Drug Users Union, États-Unis
Marina Braga, Alliance for Public Health, Ukraine
Olga Burgay, Alliance for Public Health, Ukraine
Jennifer Butler, Fonds des Nations unies pour la Population, Istanbul
Olga Byelyayeva, Eurasian Harm Reduction Network, Lituanie
Jude Byrne, AIVL (Australian Injecting and Illicit Drug Users League), Australie
Thomas Cai, AIDS Care Chine, Chine
Anand Chabungbam, Asian Network of People Who Use Drugs, Thaïlande
Nicolas Clark, Organisation mondiale de la Santé, Genève
Allan Clear, Harm Reduction Coalition, États-Unis
Lynn Collins, Fonds des Nations unies pour la Population, New York
Joanne Csete, consultant indépendant, États-Unis
Olga Denisiuk, Alliance for Public Health, Ukraine
Tetiana Deshko, Alliance for Public Health, Ukraine
Vivek Divan, Programme des Nations unies pour le Développement, Inde
Richard Eliot, Canadian HIV/AIDS Legal Network, Canada
Florence Farrayan, Middle East and North African Network of People Who Use Drugs, Liban
Sergey Filippovych, Alliance for Public Health, Ukraine
Nathan Ford, Organisation mondiale de la Santé, Genève
Loon Gangte, International Treatment Preparedness Coalition, Inde
Brun Gonzalez, Espolea, Mexique
Kim Green, PATH, Vietnam
Binod Gurung, Sathi Samuha, Népal
Nikhil Gurung, Nirnaya, Népal
Magdalena Harris, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni
Charles Henderson, New Zealand Needle Exchange Programme, Nouvelle-Zélande
Lee Hertel, Lee's Rig Hub, États-Unis
Candice Humphrey, Organisation mondiale de la Santé, Genève

Victor Isakov, Alliance for Public Health, Ukraine
Zahedul Islam, Alliance for Public Health, Ukraine
Pye Jakobsson, Global Network of Sex Worker Projects, Suède
Cheryl Johnson, Organisation mondiale de la Santé, Genève
Ralf Jürgens, Open Society Foundations, États-Unis
Andrej Kastelic, Center for Treatment of Drug Addiction, University Psychiatric Hospital Ljubljana, Slovénie
Deanna Kerrigan, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis
Giten Khwairakpam, TREAT Asia (Therapeutics Research, Education, and AIDS Training in Asia), Thaïlande
Sergey Kolomiets, Alliance for Public Health, Ukraine
Boyan Konstantinov, Programme des Nations unies pour le Développement, New York
Anita Krug, Youth RISE, Australie
Igor Kuzmenko, DUNews, Ukraine
Olivier Lermet, Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime, Bangkok
Jay Levy, International Network of People Who Use Drugs, Royaume-Uni
Konstantin Lezhentsev, ECUO (East Europe and Central Asia Union of PWLH), Ukraine
Rick Lines, Harm Reduction International, Royaume-Uni
Niklas Luhman, Médecins du Monde, France
Virginia Macdonald, Organisation mondiale de la Santé, Genève
Ludmila Maistat, Alliance for Public Health, Ukraine
Susan Masanja, Tanzanian Network of People Who Use Drugs, Tanzanie
Erika Matuizaite, Eurasian Harm Reduction Network, Lituanie
Olena Mazhnaya, Alliance for Public Health, Ukraine
Susie McLean, International HIV/AIDS Alliance, Royaume-Uni
Judy Mungai, Kenya Network of People Who Use Drugs, Kenya
Palani Narayanan, consultant indépendant, Malaisie
Bill Nelles, International Network of People Who Use Drugs, Canada
Noy Ngamsee, consultant indépendant, Thaïlande
Alireza Noroozi, Substance Abuse Prevention & Treatment Office, Ministry of Health and Medical Education, Iran
Dasha Ocheret, Eurasian Harm Reduction Network, Lituanie
Fabrice Olivet, ASUD (Auto-support des usagers de drogues), France
Shiba Phurailatpam, APN+ (Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS), Thaïlande
Sandrine Pont, Médecins du Monde, France
Joëlle Rabot-Honoré, CUT (Collectif Urgence Toxida), île Maurice
James Robertson, International HIV/AIDS Alliance, Inde
Michelle Rodolph, Organisation mondiale de la Santé, Genève
Anya Sarang, Andrey Rylkov Foundation, Fédération de Russie
Rebecca Schleifer, Programme des Nations unies pour le Développement, New York
Shona Shonning, consultant indépendant, États-Unis
Olena Shost, Alliance for Public Health, Ukraine
Liudmyla Shulga, Alliance for Public Health, Ukraine
Marina Smelyanskaya, Programme des Nations unies pour le Développement, New York
Pavlo Smyrnov, Alliance for Public Health, Ukraine
Georgi Soselia, Georgian Network of People Who Use Drugs, Géorgie
Mat Southwell, CoAct, Royaume-Uni

Steffanie Strathdee, University of California, San Diego, États-Unis
Robert Suarez, VOCAL-NY (Voices of Community Activists and Leaders), États-Unis
Emilis Subata, Eurasian Harm Reduction Network, Lituanie
Paisan Suwannawong, Thai AIDS Treatment Action Group, Thaïlande
Tracy Swan, TAG (Treatment Action Group), États-Unis
Omar Syarif, APN+ (Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS), Indonésie
Pascal Tanguay, Population Services International, Thaïlande
Brigitte Tenni, Nossal Institute for Global Health, Australie
Anastasia Teper, VOCAL-NY (Voices of Community Activists and Leaders), États-Unis
Marian Ursan, Carusel, Roumanie
Nick Walsh, Organisation mondiale de la Santé, Manille
Bangyuan Wang, International HIV/AIDS Alliance, Royaume-Uni
Micky Webb, International Network of People Who Use Drugs, Royaume-Uni
Janine Wildschut, AIDS Foundation East–West, Pays Bas
Yogie Wirastra, Asian Network of People Who Use Drugs, Thaïlande
Ilya Zhukov, Fonds des Nations unies pour la Population, New York

GRUPE DE COORDINATION

Elie Aaraj, Middle East and North Africa Harm Reduction Association, Liban
Eliot Albers, International Network of People Who Use Drugs, Royaume-Uni
James Baer, Coordinateur de la publication, Royaume-Uni
Raffi Balian, South Riverdale Community Health Centre, Toronto, Canada
Judy Chang, International Network of People Who Use Drugs, Italie
Monica Ciupagea, Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime, Vienne
Clif Cortez, Programme des Nations unies pour le Développement, New York
Alison Crocket, Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida, Genève
Zoë Dodd, Toronto Drug Users' Union, Canada
Mauro Guarinieri, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Genève
Fabienne Hariga, Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime, Vienne
Annie Madden, AIVL (Australian Injecting and Illicit Drug Users League), Australie
Billy Pick, United States Agency for International Development, États-Unis
Tim Sladden, Fonds des Nations unies pour la Population, New York
Marina Smelyanskaya, Programme des Nations unies pour le Développement, New York
Annette Verster, Organisation mondiale de la Santé, Genève

Un certain nombre de contributeurs ont participé à une consultation à Bangkok, en Thaïlande, en avril 2015, pour revoir et peaufiner une version préliminaire de l'outil. Nous remercions le Réseau asiatique des personnes usagères de drogues pour leur professionnalisme et leur efficacité dans l'organisation de la consultation.

L'élaboration de cet outil a été soutenue par l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, le Réseau international des personnes usagères de drogues, FHI 360/LINKAGES et la Fondation Bill & Melinda Gates. Le coordinateur de cette publication est James Baer. La traduction de l'anglais a été réalisée par Thérèse Benoit.

Sigles et acronymes

ARV	Antirétroviral
ATS	Substances de type amphétamine
CBO	Organisation communautaire
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la Population
IEC	Information, éducation et communication
NUI	Numéro unique d'identification
NSP	Nouvelles substances psychoactives
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations unies
ONUDC	Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le HIV/sida
PAS	programme d'accès aux seringues
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PNUD	Programme des Nations unies pour le Développement
PPE	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PUD	Personnes usagères de drogues
PUDI	Personnes usagères de drogues en injection
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SDV	Services de dépistage du VIH
SEMF	Seringue à espace mort faible
S&E	Suivi et évaluation
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TAP	Toxicité aiguë d'un psychostimulant
TCC	Thérapie comportementale et cognitive
TPI	Traitement préventif à l'isoniazide
TSM	Traitement de substitution à la méthadone
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies
USAID	United States Agency for International Development
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Glossaire

Communauté : dans ce document, le terme « communauté » se réfère le plus souvent à des populations de personnes usagères de drogues en injection (PUDI), plutôt qu'aux groupes géographiques, sociaux ou culturels plus larges dont ils peuvent faire partie. Cependant, notre définition de la communauté tient compte du fait que les personnes peuvent entrer dans l'usage de drogues injectables ou en sortir à différents moments de leur vie, que ce soit un choix de leur part ou en raison de circonstances indépendantes de leur volonté, mais rester intégrées à la communauté (voir la définition ci-dessous). Ainsi, les « membres de la communauté » sont les PUDI ou les personnes intégrées à la communauté ; les « interventions de proximité auprès de la communauté » signifient le travail de proximité auprès des PUDI ; et les « interventions menées par la communauté » sont des interventions menées par des PUDI ou par des personnes intégrées à la communauté.

Intégration communautaire : les personnes ayant injecté des drogues au cours de leur vie qui partagent des liens, des valeurs et une compréhension avec des personnes injectant des drogues peuvent être considérées comme membres de la communauté en vertu de leur « intégration à la communauté ». L'intégration à la communauté vient également du fait que même lorsqu'elles ne consomment pas de drogues, notamment lorsqu'elles sont sous traitement de substitution aux opiacés, les personnes ayant déjà consommé des drogues font fréquemment l'objet des mêmes stigmatisation et discrimination que les personnes usagères de drogues (PUD) actives.

Un lieu d'accueil est un endroit où les PUDI peuvent se réunir pour se reposer, rencontrer d'autres membres de la communauté et organiser des événements sociaux, des réunions ou des formations. Pour de plus amples informations, voir la section 4.6 du chapitre 4.

L'usage de drogue se réfère à l'usage de substances psychoactives à des fins non médicales, qu'elles soient illicites, réglementées, prescrites ou non prescrites (« vendues sans ordonnances »).

Une organisation opérationnelle est une organisation développant une action auprès des PUDI, avec une approche centrée sur l'utilisateur des services. Ce peut être une organisation gouvernementale ou non gouvernementale, une organisation communautaire ou menée par la communauté, et elle peut travailler à l'échelle d'un État, d'une province, d'un district ou d'une municipalité. Parfois, une organisation non gouvernementale offre des services à travers plusieurs unités en différents endroits d'une zone urbaine ; dans ce cas, chacune de ces unités peut également être considérée comme une organisation opérationnelle.

Travailleur de proximité pair est un terme utilisé pour désigner une PUDI, ou une personne intégrée à la communauté, qui mène des actions de proximité auprès d'autres PUDI, et qui ne travaille généralement pas à temps plein dans un projet de prévention du VIH (le personnel à temps plein pourrait être dénommé « personnel de proximité » ou simplement « travailleurs de proximité »). Les travailleurs de proximité pairs peuvent entre autres être désignés par « éducateurs pairs », « travailleurs de proximité communautaires » ou « travailleurs de proximité ». Cependant, les termes « pairs » ou « communauté » ne devraient être ni compris ni utilisés pour suggérer des qualifications ou des compétences moindres que celles du personnel de proximité.

Les **jeunes PUD, qui injectent ou non**, sont celles ayant entre 10 et 24 ans, conformément à une note technique du Groupe de travail interinstitutions sur les populations clés intitulée *HIV and young people who inject drugs: a technical brief* (Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015).



Introduction

Introduction

Dans toutes les régions du monde, les PUDI sont affectées par le VIH d'une façon disproportionnée¹. Au niveau mondial, les PUDI ont 28 fois plus de risques d'être porteuses du VIH que la population générale. L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et la Banque mondiale évaluent à environ 11,7 millions² le nombre de PUDI dans le monde entier en 2014, dont 14 % environ (1,6 million) sont porteuses du VIH³. L'usage de drogues injectables est à l'origine de 30 % des nouvelles infections à VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne. Les PUDI présentent également des taux plus élevés d'hépatite C (VHC) et de tuberculose que la population générale. Le taux mondial de VHC parmi les PUDI est de 52 %, dépassant même considérablement la prévalence élevée de VIH parmi elles.

Parmi les causes immédiates de ces disparités se trouve l'absence d'accès effectif des personnes vivant avec le VIH au matériel d'injection stérile, aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), aux préservatifs et aux lubrifiants, au dépistage et aux traitements antirétroviraux (ARV). En 2014, sur 158 pays reconnaissant l'existence d'un usage de drogue injectables, seuls 90 mettaient en place des programmes d'accès aux seringues au sein de la communauté et 8 dans les prisons, et 80 seulement fournissaient des TSO (dont 43 dans les prisons)⁴. L'ONUSIDA a estimé que 2,3 milliards de dollars étaient nécessaires en 2015 pour financer des programmes complets de réduction des risques en faveur des PUDI, mais une récente étude a montré que les bailleurs internationaux n'investissaient seulement que 7 % de ce montant⁵.

Les Objectifs de développement durables (ODD), adoptés en 2015, incluent l'Objectif 3, « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.⁶ » Cet objectif comprend un engagement visant à éliminer l'épidémie de sida et à lutter contre les hépatites (entre autres maladies). La stratégie d'accélération de la riposte de l'ONUSIDA est alignée sur l'ODD et insiste sur une fenêtre de cinq ans (2016–2021) pour l'accélération rapide des services de traitement et de prévention du VIH, dans le but de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030⁷. Pour y parvenir, la stratégie définit la cible de traitement « 90-90-90 »⁸ et une cible en matière de prévention pour ramener le nombre annuel de nouvelles infections à VIH à 500 000. La stratégie d'accélération de la riposte a été adoptée dans la Déclaration politique des Nations unies 2016 sur la fin du sida, dans laquelle les États membres se sont engagés à encourager les États membres présentant une incidence élevée de

1 Les expressions « personnes usagères de drogues injectables » et « personnes usagères de drogues » sont utilisées dans cette publication, en accord avec la *Statement and position paper on language, identity, inclusivity and discrimination* (2011) du Réseau international des personnes usagères de drogues. Ces expressions considèrent les personnes usagères de drogues comme des personnes avant tout, pour lesquelles l'usage de drogues ou l'usage de drogues injectables n'est qu'un aspect de leur vie.

2 Fourchette : 8,4–19 millions.

3 Toutes les données statistiques de ce paragraphe proviennent du *Rapport mondial sur les drogues 2016*. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2016.

4 *The global state of harm reduction 2014*. Londres : Harm Reduction International ; 2014.

5 *The funding crisis for harm reduction: donor retreat, government neglect and the way forward*. Londres : International Harm Reduction Association, 2014.

6 « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ». A/RES/70/1. New York (NY) : Nations unies, 2015.

7 *ONUSIDA : Stratégie pour 2016–2021 : Accélérer la riposte pour mettre fin au Sida*. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2015.

8 90 % des personnes vivant avec le VIH sont dépistées et connaissent leur statut, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut reçoivent un traitement, 90 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.

HIV à « prendre toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que 90 % des personnes exposées au risque d'infection à VIH bénéficient des services complets de prévention⁹ ».

La réduction des risques concerne les politiques, programmes et pratiques qui visent essentiellement à réduire les dommages sanitaires, sociaux et économiques liés à l'usage de substances licites et illicites. L'approche de réduction des risques se fonde sur un engagement fort en matière de santé publique et de droits humains. La réduction des risques favorise la protection des personnes contre les maladies évitables et les décès liés à une overdose, et permet de créer un lien entre les personnes marginalisées et les services sociaux et de santé. Toutes les grandes agences des Nations unies ont approuvé un ensemble complet d'interventions de réduction des risques (tableau 1), qui constitue une approche fondée sur des données scientifiques en matière de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH ciblant les PUDI. Cet ensemble complet se reflète également dans le document final de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies 2016 (UNGASS) sur le problème mondial de la drogue, qui recommande « des mesures efficaces visant à réduire au minimum les conséquences néfastes de l'abus de drogue sur la santé publique et la société, notamment des traitements médicamenteux adaptés, des programmes concernant le matériel d'injection, ainsi que des traitements antirétroviraux et d'autres interventions pertinentes visant à prévenir la transmission du VIH, de l'hépatite virale et d'autres maladies transmissibles par le sang associées à l'usage de drogues¹⁰ ».

Tableau 1. Ensemble complet d'interventions de réduction des risques

1. Programme d'accès aux seringues
2. Traitement de substitution aux opiacés
3. Services de dépistage du VIH
4. Traitement antirétroviral
5. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles
6. Programmes d'accès aux préservatifs pour les PUDI et leurs partenaires sexuels
7. Information, éducation et communication ciblée
8. Prévention, vaccination, diagnostic et traitement des hépatites virales B et C
9. Prévention, dépistage et traitement de la tuberculose
10. Distribution de naloxone sur une base communautaire

Source : WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users—2012 revision.

Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013. Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés.

Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016).

9 Déclaration politique sur le VIH/sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. A/70/L.52. New York (NY) : Nations unies, 2016.

10 Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue. Document final de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le problème mondial de la drogue. A/RES/S-30/1. New York (NY) : Nations unies, 2016.

Il est prouvé que la « pénalisation de l'usage de drogues, les politiques restrictives en matière de drogue et les applications répressives des lois sont des facteurs majeurs des épidémies de VIH et de l'hépatite C chez les PUDI¹¹ », une opinion partagée par plusieurs agences des Nations unies^{12,13}. Ces facteurs, ainsi que la discrimination, la marginalisation, la stigmatisation et la violence conduisent les PUDI à la clandestinité et les excluent d'un accès adapté aux services de réduction des risques et de santé dont elles ont besoin pour prévenir les overdoses et se protéger contre le VIH et l'hépatite C.

Par conséquent, outre la disponibilité des services essentiels pour lutter contre le VIH, il est nécessaire de mettre en œuvre des interventions permettant leur accès aux PUDI. Dans ses *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés* – mise à jour 2016), l'OMS liste plusieurs « facteurs déterminants » – les stratégies et les approches qui peuvent améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité et l'utilisation des interventions pour les populations clés les plus exposées aux risques d'infection au VIH, parmi lesquelles les PUDI (tableau 2).

Tableau 2. Facteurs déterminants pour les populations clés

Les lois, les politiques et les pratiques devraient être revues et, lorsque c'est nécessaire, révisées par des responsables politiques et des autorités gouvernementales, en associant de manière significative des acteurs appartenant aux populations clés, afin de permettre et de soutenir la mise en place et le développement de dispositifs de santé pour ces populations. Pour les PUDI :

- les pays devraient œuvrer à l'élaboration de politiques et de lois qui dépénalisent l'utilisation de seringues stériles (qui permettent les programmes d'accès aux seringues) et qui légalisent les TSO pour les personnes dépendantes aux opiacés ;
- les pays devraient œuvrer à l'élaboration de politiques et de lois qui dépénalisent l'injection et tout usage de drogues, et réduire, de ce fait, l'incarcération ;
- les pays devraient bannir le traitement obligatoire des PUD.

Les pays devraient œuvrer à la mise en place et l'application de lois antidiscriminatoires et protectrices, respectant les normes en matière de droits humains, pour éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des personnes appartenant aux populations clés.

Les dispositifs de santé devraient être disponibles, accessibles et acceptables pour les populations clés, en accord avec les principes de l'éthique médicale, de la non-stigmatisation, de la non-discrimination et du droit à la santé. Les soignants devraient bénéficier de formations et de sensibilisations adaptées et répétées afin de s'assurer qu'ils ont les compétences et la compréhension pour offrir des services à des adultes et des

11 *Science addressing drugs and HIV: state of the art of harm reduction. A scientific statement.* Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2014. *Science addressing drugs and HIV: state of the art. 2nd scientific statement.* Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2016.

12 *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés* – mise à jour 2016. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016.

13 *Do no harm: health, human rights and people who use drugs.* Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida, 2016.

adolescents appartenant aux populations clés, fondés sur le droit universel à la santé, à la confidentialité et à la non-discrimination.

Les programmes devraient œuvrer à la mise en place de dispositifs d'intervention visant à améliorer la capacité des populations clés.

La prévention et la lutte contre les violences faites aux personnes appartenant aux populations clés devraient être menées en partenariat avec les organisations de populations clés. Tout acte de violence à l'encontre des personnes appartenant aux populations clés devrait être surveillé et signalé, et des mécanismes de recours devraient être mis en place pour garantir la justice.

Source : Tiré de [Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour 2016](#). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.

Les PUDI ont, comme tout autre personne, le droit humain au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, grâce à des soins fournis sans discrimination et indépendamment de la législation en matière d'usage de drogues. Les soignants, les responsables de programme et les autorités nationales devraient s'assurer que les PUDI ont un total accès aux dispositifs de réduction des risques, et aux services de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge du VIH et de l'hépatite C, en accord avec les principes de la santé pour tous et des droits humains¹⁴. Le document final de l'UNGASS 2016 invite les gouvernements « à envisager de permettre l'accès à de telles interventions, y compris dans les services de traitement et de proximité, dans les prisons et autres structures fermées ».

Le sujet de cet outil

Cet outil porte principalement sur les personnes consommant des drogues en injection, en raison de leur grande vulnérabilité au VIH et au VHC liée à la pratique de l'injection. Néanmoins, certaines personnes qui ne pratiquent pas l'injection mais qui consomment des stimulants et d'autres substances psychoactives peuvent présenter un risque élevé d'exposition au VIH à travers des rapports sexuels non protégés, et sont confrontées aux mêmes obstacles structurels que les PUDI. Par conséquent, une grande partie des informations de cet outil – en particulier les chapitres concernant les obstacles structurels et certaines actions de santé (chapitres 1-3) – peuvent s'appliquer aux PUD en général.

Comme cela a déjà été mentionné, les PUDI sont vulnérables non seulement au VIH et au VHC, mais également à d'autres infections transmissibles par le sang tels que l'hépatite B, aux infections sexuellement transmissibles et à la tuberculose. Dans un souci de concision, cet outil concerne plus particulièrement la prévention du VIH et du VHC, mais le chapitre 3 traite aussi du dépistage, du traitement et de la prise en charge d'autres infections, qui affectent d'une façon disproportionnée les PUDI.

¹⁴ [Consensus statement on drug use under prohibition: human rights, health and the law](#). Réseau international des personnes usagères de drogues, INPUD 2015.

L'objet de cet outil

Des documents de référence précédemment publiés par les Nations unies décrivent le contenu des interventions efficaces de prévention du VIH et du VHC auprès des PUDI, en matière de réduction des risques¹⁵ dans le cadre du VIH et de la prévention et du traitement du VIH pour les populations clés (tableau 1)¹⁶. Les recommandations de l'ONU s'inscrivent également dans une approche en termes de facteurs déterminants tels que décrits dans le tableau 2 – stratégies, activités et approches pour améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité, la couverture, la qualité et l'utilisation des interventions par les populations clés¹⁷. Cet outil fournit des conseils pratiques pour mettre en place ces programmes et ces approches pour et avec les PUDI, à travers le continuum de la prévention, du dépistage, du traitement et de la prise en charge du VIH et du VHC, en accord avec les recommandations de l'ONU. Il présente des exemples de bonnes pratiques venant du monde entier, qui peuvent faciliter les démarches de planification des programmes et des services, et décrit les questions qui devraient être considérées et des moyens pour surmonter les défis.

Cet outil n'est pas sans ignorer l'environnement politique et législatif complexe autour des drogues et de la pratique de l'injection dans la plupart des pays, ni le besoin d'un plaidoyer pour lutter contre la stigmatisation, les discriminations et les violations des droits humains à l'encontre des PUDI. Cependant, il entend principalement aborder la question suivante : que pouvons-nous faire maintenant, avec les ressources dont nous disposons, compte tenu du contexte auquel nous sommes confrontés, pour prévenir la propagation du VIH et de l'hépatite C au sein des PUDI ?

L'outil décrit la façon dont les services peuvent être conçus et mis en œuvre pour être accessibles aux PUDI et acceptés par elles. Cela demande un engagement respectueux et constant, et ce document porte une attention particulière aux programmes menés en étroite partenariat avec, ou par, des organisations de PUD. Cet outil est lui-même le résultat d'un processus collaboratif comprenant des PUDI, des acteurs du plaidoyer, des prestataires de services, des chercheurs, des représentants d'organisations gouvernementales et non gouvernementales du monde entier, ainsi que des agences des Nations unies et d'autres partenaires du développement.

Cet outil est destiné aux responsables de la santé publique et aux responsables de programmes de réduction des risques et de lutte contre le VIH, aux organisations non gouvernementales, communautaires et de la société civile, dont les réseaux de PUD, ainsi qu'aux personnels de santé. Il sera également utile aux activistes et aux défenseurs des droits des PUD, ainsi qu'aux bailleurs de fonds internationaux et aux responsables politiques.

Cet outil fait partie d'une série de publications qui abordent la prévention du VIH chez des populations les plus exposées. Les autres publications de cette série sont *Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives* (OMS, 2013), plus connu comme l'outil de mise en œuvre pour les travailleurs du sexe sous le nom de Swit ; *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions* (« Mettre en

15 WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users—2012 revision. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013 ; (également souvent référencé sous le titre « Guide technique ».)

16 Déclaration politique sur le VIH/sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. A/70/L.52. New York (NY) : Nations unies, 2016.

17 *Ibid.*

œuvre des programmes complets VIH/IST auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, conseils pratiques pour des interventions collaboratives », Fnuap, 2015, en anglais seulement) ou MSMIT ; et *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions* (Mettre en œuvre des programmes complets VIH/IST auprès des personnes transgenres, conseils pratiques pour des interventions collaboratives », Pnud, 2016) ou Transit. En suivant cette même logique, les utilisateurs de cet outil pourraient l'appeler de façon informelle l'Iduit.

Comment utiliser cet outil

Les cinq chapitres de cet outil s'inscrivent dans trois grandes parties (Figure 1). Les deux premiers chapitres décrivent des approches et principes pour développer des programmes et un environnement catalyseur (actions intervenant sur des facteurs structurels à la base des épidémies de VIH et de VHC parmi les PUDI.) Les chapitres 2 et 4 décrivent la façon de mettre en place les interventions recommandées en matière de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge du VIH. Enfin, le chapitre 5 décrit la façon de mener les programmes.

Chaque chapitre commence par une introduction qui décrit le sujet et explique en quoi cela est important. Les interventions sont alors réparties en phases ou étapes lorsque cela est possible, pour qu'elles soient faciles à suivre. Les sujets ou points d'intérêt particuliers sont présentés dans des encadrés. Des études de cas de programmes de différentes parties du monde sont présentées dans des encadrés distincts. Ces exemples ne décrivent pas un programme entier dans le détail, mais mettent en avant les aspects spécifiques relatifs à la planification avec les PUDI qui ont été des réussites dans leurs contextes. Ils illustrent la façon dont les problèmes ou les défis ont été surmontés et visent à susciter des idées d'approches qui pourraient fonctionner dans le contexte particulier du lecteur du guide. Les formulaires, graphiques, etc., de différents programmes, présentés dans le guide ont le même objectif. Chaque chapitre se termine avec des références de ressources « pour aller plus loin » – outils, guides et autres publications pratiques – disponibles sur Internet.

Figure 1. Organisation de l'outil



Le chapitre 1 « **L'autonomisation de la communauté** », décrit en quoi l'amélioration des capacités des PUDI est une intervention à part entière et est également essentielle pour assurer la planification, la mise en œuvre et le suivi par les communautés elles-mêmes de tous les aspects de la prévention, du traitement et de la prise en charge du VIH et autres maladies transmissibles par le sang. Il montre également comment des groupes et des réseaux de PUD peuvent être formés et présente des façons pratiques de renforcer leur capacité en matière de réduction des risques et de plaidoyer.

Le chapitre 2 « **Les réformes législatives, les droits humains, la stigmatisation et la discrimination** », insiste sur le besoin urgent de neutraliser l'impact de la stigmatisation, de la discrimination et de la pénalisation sur les PUDI, dans le respect de leurs droits humains et pour permettre une prévention du VIH et du VHC efficace.

Le chapitre 3 « **Les services de santé et de soutien** », décrit ce qui doit être pris en compte pour proposer un ensemble complet de services de réduction des risques aux PUDI.

Le chapitre 4 « **Les approches en matière d'offre de services** », décrit comment concevoir les services et la façon dont les membres de la communauté peuvent être impliqués dans les différents aspects de l'offre de service, notamment (mais non exclusivement) dans les actions de proximité auprès des PUDI, l'orientation par les pairs et la gestion des lieux d'accueil.

Le chapitre 5 « **La gestion de programme** », fournit des conseils pratiques en matière de planification, de démarrage, de déploiement, de mise en œuvre et de suivi d'un programme efficace.

Bien que chaque chapitre soit organisé en sections pour faciliter la recherche et l'utilisation des informations, le lecteur est encouragé à ne pas les considérer séparément ou comme indépendants les uns des autres. Aucun mode d'intervention ou action ne saurait à lui seul ou de façon indépendante être suffisant pour concevoir ou mettre en œuvre des programmes destinés aux PUDI. Le croisement des références a pour objet d'aider le lecteur à établir des liens entre les chapitres.

Principes directeurs pour la mise en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC auprès des PUDI

Plusieurs principes sont à la base de la mise en œuvre des services VIH pour les PUDI et sont présentés dans cet outil.

Les droits humains : le respect, la protection et l'application des droits humains des PUDI sont un aspect fondamental de l'élaboration de cet outil. Les droits de l'homme sont à la base des approches d'autonomisation de la communauté (chapitre 1), de prévention de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence (chapitre 2), et de l'accès aux services de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge du VIH et du VHC (chapitres 3 et 4).

L'autonomisation de la communauté est le processus par lequel les PUDI sont soutenues pour affronter elles-mêmes les obstacles structurels à la santé, aux droits humains et au bien-être auxquels elles sont confrontées, et améliorer leur accès aux services, notamment pour réduire le risque d'exposition au VIH et au VHC, et fournir un traitement et une prise en charge

aux personnes atteintes du VIH, du VHC et d'autres problèmes de santé. L'autonomisation de la communauté est une approche essentielle qui est à la base de toute intervention et de tout élément de programme décrit dans cet outil, et en est inséparable.

La participation et le leadership communautaires sont essentiels à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes. La participation et le leadership aident à construire une relation de confiance avec les bénéficiaires des programmes sont destinés, rendent les programmes plus complets et mieux adaptés aux besoins des PUDI, et créent des environnements plus favorables à la prévention du VIH.

L'acceptabilité des services : Les interventions doivent être respectueuses, acceptables, adaptées et abordables pour les PUDI afin d'encourager leur participation et d'assurer leur maintien dans le soin. Des services qui sont acceptables ont plus de chances d'être utilisés de façon régulière et en temps voulu. La consultation des PUDI sur la planification et la conception des services, ainsi que les mécanismes leur permettant de fournir des retours réguliers, améliorent l'acceptabilité des services.

L'accès à la justice est une priorité fondamentale pour les PUDI, en raison du caractère illégal de la pratique de l'injection dans la plupart des pays. L'accès à la justice comprend la non-arrestation et la non-détention arbitraires, le droit à un procès équitable, le droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, et le droit au niveau de santé le plus élevé possible, y compris dans les prisons et autres établissements fermés.

Accès à des soins de qualité : Des services de santé de grande qualité et ayant fait leur preuve devraient être accessibles aux PUDI, et les services fournis par les soignants comme les établissements de santé doivent être fondés sur les principes de l'éthique médicale et du droit humain à la santé.

Éducation pour la santé : Les services de santé devraient régulièrement et systématiquement fournir des informations précises en matière de santé et de traitement aux PUDI pour les aider à prendre des décisions relatives à leur santé et aux comportements à risques de transmission de VIH. Les services de santé devraient également renforcer la capacité des personnels à prévenir et prendre en charge le VIH et le VHC chez les PUDI.

Offre de services intégrée : Lorsque cela est possible, l'offre de services destinés aux personnes qui injectent des drogues devrait être intégrée. Les services intégrés fournissent des opportunités de prévention, de traitement et de prise en charge centrés sur la personne d'une multitude de maladies, et remédient à divers problèmes structurels qui affectent les PUDI. Les services intégrés permettent également une meilleure communication entre les services. Là où les services intégrés ne sont pas possibles, des liens forts entre les services de santé et les autres services sociaux recevant des PUDI devraient être développés et entretenus.

Les principes qui fondent cet outil et les approches organisationnelles qu'il présente sont universels et pertinents quels que soient les contextes ; ils peuvent s'appliquer aussi bien dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.



1

Autonomisation de
la communauté



Table des matières

1.1	Introduction	5
1.2	Les éléments clés de l'autonomisation de la communauté	9
1.2.1	Travailler avec les communautés de PUDI	11
1.2.2	Encourager les actions de proximité et les prestations de services menées par les PUDI	13
1.2.3	S'adapter aux besoins et aux contextes locaux	15
1.2.4	Développer des organisations de PUDI	15
1.2.5	Consolider les associations et renforcer les capacités	17
1.2.6	Façonner les politiques et créer des environnements catalyseurs	21
1.2.7	Pérenniser le mouvement	23
1.3	Le suivi des progrès	26
1.4	Pour aller plus loin	28

Ce que contient ce chapitre

L'autonomisation de la communauté est un principe clé pour toutes les interventions et approches décrites dans cet outil. Ce chapitre :

- **définit l'autonomisation de la communauté** et explique pourquoi celle-ci est fondamentale pour lutter contre le VIH et l'hépatite C au sein des personnes usagères de drogues en injection (PUDI) d'une façon efficace et durable (section 1.1) ;
- **décrit sept éléments de l'autonomisation de la communauté**, et donne des exemples tirés d'un certain nombre de programmes (section 1.2) ;
- donne des exemples d'**indicateurs** pour évaluer l'autonomisation des organisations de PUDI (section 1.3).

Le chapitre présente également une liste de **ressources pour aller plus loin** (section 1.4).

1.1 Introduction

Les personnes usagères de drogues (PUD), qui injectent ou non, ont toujours, depuis bien avant l'épidémie de VIH, été proactives lorsqu'il s'agit de prendre soin de leur santé, luttant pour leurs droits et soutenant des communautés actives, attentionnées et engagées. Les organisations de PUD ont joué un rôle central et innovant dans la lutte contre le VIH dans de nombreuses régions du monde, y compris dans les contextes les plus répressifs. L'autonomisation de la communauté a été une clé de ce succès.

L'autonomisation de la communauté fait référence à un processus permettant à des groupes ou des communautés de personnes d'accroître le contrôle sur leurs vies. Cela signifie plus que l'implication, la participation ou l'engagement des communautés dans des programmes préexistants ou nouveaux : cela suppose la responsabilité de la communauté, et une action visant explicitement le changement social et politique. L'autonomisation de la communauté s'attaque aux déterminants sociaux, culturels, politiques et économiques qui affectent la santé et cherche à développer des liens avec d'autres secteurs pour trouver des solutions.

De nombreux partenariats fructueux entre les communautés de PUDI et d'autres acteurs – tels que les chercheurs, les avocats et les prestataires de services qui ne sont pas issus des communautés des PUDI – ont permis d'atteindre des objectifs communs. Les programmes les plus remarquables et efficaces sont ceux qui reconnaissent et soutiennent l'autonomisation de la communauté comme principe et pratique essentiels.

Dans le domaine du VIH, de l'hépatite C (VHC) et de l'usage de drogues, l'autonomisation de la communauté décrit le processus par lequel les PUDI prennent la responsabilité individuelle et collective des activités, programmes et politiques pour agir le plus efficacement possible face au VIH et au VHC, et pour affronter les obstacles sociaux et structurels à leur santé et à leurs droits humains. Cela peut signifier que les PUDI :

- se rassemblent dans une perspective d'entraide
- forment une identité collective avec des objectifs communs et prennent en charge leurs besoins collectifs dans un environnement catalyseur
- identifient leurs propres priorités et les stratégies appropriées pour s'y atteler
- défendent collectivement leurs droits en tant que PUDI et en tant qu'êtres humains
- proposent et facilitent l'accès à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH et du VHC, et aux services de soutien
- participent de façon significative à tous les aspects de la conception, de la mise en œuvre, de l'exécution, de la gestion, du suivi et de l'évaluation (S&E) de programme
- établissent et renforcent les liens avec le gouvernement, la société civile, les alliés locaux et les partenaires du développement.

Définir la communauté

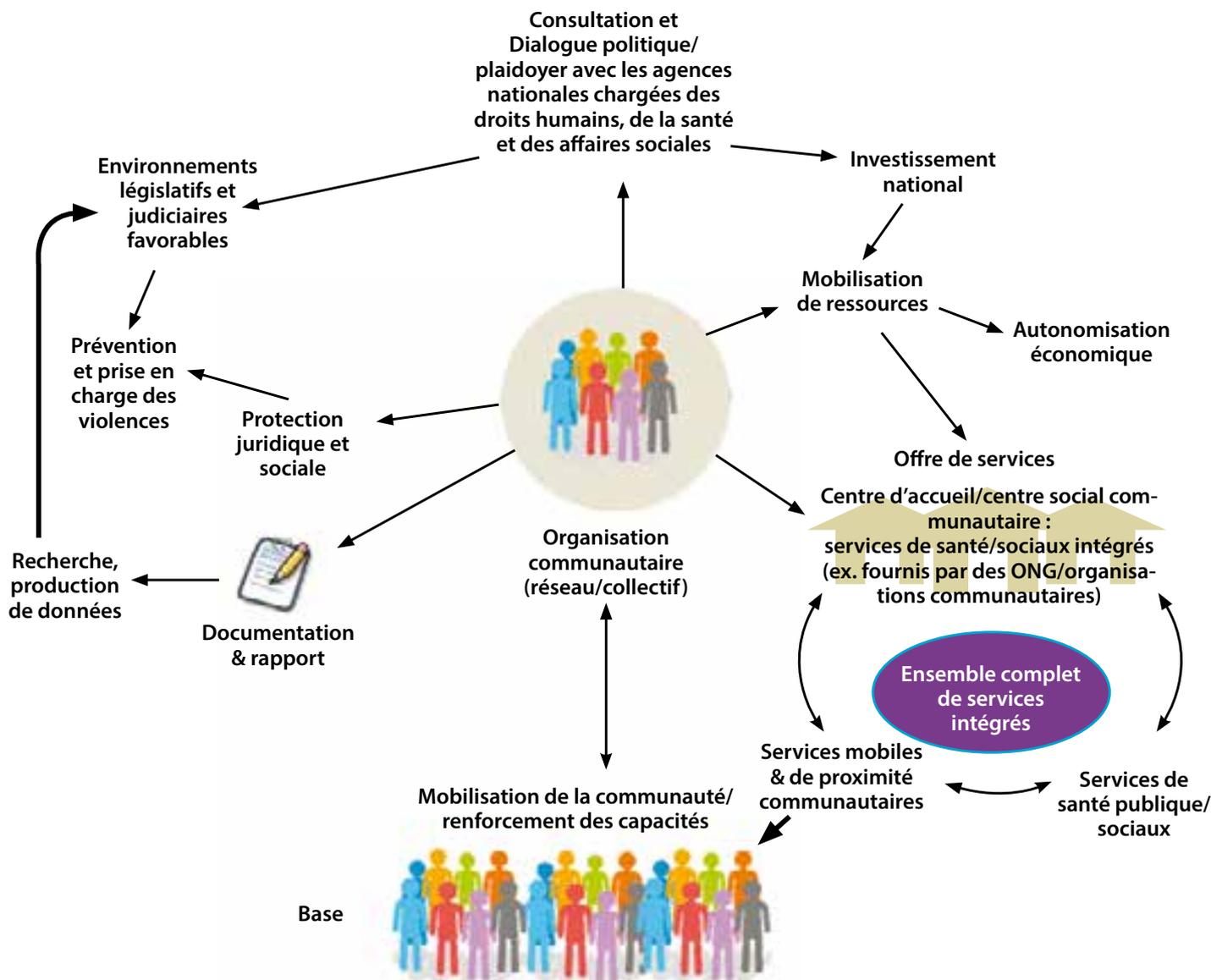
Dans cet outil, le terme « communauté » se réfère le plus souvent à des populations de PUDI, plutôt qu'aux groupes géographiques, sociaux ou culturels plus larges dont ils peuvent faire partie. Cependant, notre définition de la communauté tient compte du fait que les personnes peuvent entrer dans l'usage de drogues par voie injectable ou en sortir à différents moments de la vie, que ce soit un choix de leur part ou en raison de circonstances indépendantes de leur volonté.

Les personnes ayant injecté des drogues au cours de leur vie qui partagent des liens, des valeurs et une compréhension avec des personnes injectant des drogues peuvent être considérées comme membres de la communauté en vertu de leur « intégration à la communauté ». L'intégration à la communauté vient également du fait que même lorsqu'elles ne consomment pas de drogues, notamment lorsqu'elles sont sous traitement de substitution aux opiacés (TSO), les personnes ayant déjà consommé des drogues font fréquemment l'objet des mêmes stigmatisation et discrimination que les PUD actives.

Dans cet outil, les « interventions de proximité auprès de la communauté » sont ainsi les actions auprès des PUDI, les « interventions menées par la communauté » sont les interventions menées par les PUDI ou les personnes intégrées à la communauté et les « membres de la communauté » sont les PUDI ou les personnes intégrées à la communauté.

Investir du temps et des ressources dans l'autonomisation de la communauté est non seulement recommandé, mais est aussi tout à fait fondé. Les stratégies de prévention du VIH et du VHC sont plus pertinentes, efficaces et durables lorsqu'elles ont été menées dans un contexte d'autonomisation de la communauté. Les PUDI sont des experts en ce qui concerne leurs propres vies, et des organisations dirigées par la communauté de par le monde ont favorisé l'accès et le recours à des services de qualité, l'utilisation de seringues stériles, et l'implication de PUDI dans les politiques et programmes nationaux. La généralisation de programmes complets de lutte contre le VIH fondés sur l'autonomisation de la communauté permet de prévenir un nombre significatif de nouvelles infections à VIH, en particulier dans des environnements présentant des proportions élevées de VIH et d'importantes populations de PUDI. Des partenariats conséquents avec des organisations dirigées par la communauté devraient être développés, consolidés et maintenus tout au long du continuum d'interventions en matière de VIH et de VHC.

Figure 1.1 Cadre de prévention du VIH et du VHC axé sur la communauté et fondé sur les droits



L'autonomisation de la communauté des PUDI peut être sérieusement entravée par les politiques, les lois, les pratiques et les réglementations répressives relatives au contrôle des drogues, aussi bien que par la stigmatisation et la discrimination. En raison de ces obstacles structurels, il se peut que, dans certains contextes, les PUDI ne puissent pas être à l'initiative des programmes de prévention du VIH et du VHC. Le démarrage de la plupart des programmes est donc réalisé par d'autres structures opérationnelles (par exemple par des organisations gouvernementales ou non gouvernementales), avec des degrés variables d'expérience de travail auprès des communautés de PUDI. Ce chapitre s'adresse notamment à ce type d'organisations et montre de quelle façon elles peuvent travailler en partenariat avec les PUDI de manière à favoriser l'autonomisation des communautés et élaborer une programmation efficace. Les organisations qui travaillent en réel partenariat avec les PUDI envisagent l'autonomisation de la communauté au-delà d'un ensemble d'activités ; il s'agit d'une approche qui peut être intégrée à tous les niveaux des programmes santé et VIH. Cette approche est la pierre angulaire d'une approche de lutte contre le VIH efficace et

fondée sur les droits humains et, en tant que telle, est à la base de toutes les recommandations et de tout ce qui constitue cet outil.

Ce chapitre explique les principes et les pratiques de l'autonomisation de la communauté, afin qu'ils puissent être mieux intégrés à la conception et la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH destinés aux PUDI. Le chapitre donne également des conseils sur la façon d'améliorer la gestion organisationnelle et des programmes des organisations dirigées par la communauté.

Encadré 1.2

Autonomisation de la communauté et déclaration de Vancouver (2006)

Des militants usagers de drogues du monde entier ont publié la déclaration de Vancouver en 2006 pour présenter les principes des membres de la communauté des PUDI en vue de collaborer afin de revendiquer leurs droits et réformer les lois oppressives. Un certain nombre de ces principes, listés ci-dessous, sont des principes d'autonomisation de la communauté :

Il est temps de faire entendre notre voix de citoyen, de rétablir nos droits et de réclamer le droit d'être notre propre porte-parole, en luttant pour notre propre représentation et pour notre propre autonomie :

- pour permettre aux personnes usagères de drogues licites ou illicites du monde entier de survivre, s'épanouir et faire entendre notre voix en tant qu'êtres humains, afin d'avoir un impact significatif sur toutes les décisions qui affectent nos vies ;
- pour utiliser nos propres compétences et connaissances pour former et sensibiliser d'autres personnes, notamment nos pairs et tout autre concitoyen concerné par les drogues au sein de nos communautés.

Nous nous battons pour :

- valoriser et respecter la diversité et reconnaître les différentes origines, connaissances, compétences et capacités de chacun, et cultiver un environnement sécurisant et soutenant au sein du réseau quels que soient le type de drogue utilisé ou la pratique de consommation ;
- diffuser l'information sur notre travail afin de soutenir et encourager le développement d'organisations d'usagers au sein des communautés/pays où ce type d'organisation n'existe pas ;
- promouvoir la tolérance, la coopération et la collaboration, en encourageant une culture d'ouverture et de participation active ;
- [promulguer] les principes démocratiques et créer une structure qui favorise au maximum la participation au processus de décision ;
- [promouvoir] l'inclusion maximale avec une attention particulière pour les personnes qui sont d'une façon disproportionnée vulnérables à l'oppression en raison de leur identité de genre, orientation sexuelle, statut socio-économique, religion...

1.2 Les éléments clés de l'autonomisation de la communauté

L'autonomisation de la communauté devrait adopter une approche souple, adaptée aux besoins de chaque communauté. Il n'y a aucun ordre défini dans lequel les éléments présentés dans la Figure 1.2 devraient être mis en œuvre ; le processus peut aller du travail avec les communautés de PUDI aux interventions menées par les communautés, en passant par le développement et le renforcement des structures et réseaux d'usagers de drogues injectables et, en fonction des besoins et contextes locaux, à la conception de politiques fondées sur les droits et la création d'un environnement catalyseur à un mouvement durable.

Figure 1.2 Éléments clés de l'autonomisation de la communauté au sein des PUDI



Ce processus représente un changement de paradigme, en passant des PUDI comme destinataires des services à l'autodétermination des communautés des PUDI. Même lorsqu'il est à l'initiative d'organisations non communautaires, l'autonomisation de la communauté construit un mouvement social lorsque les membres de la communauté exercent collectivement leurs droits, sont reconnus en tant qu'autorité et comme un partenaire à part entière dans la planification, la mise en place, la fourniture et le suivi des services médico-sociaux. Les organisations qui veulent travailler efficacement et de façon significative avec les PUDI devraient soutenir et défendre l'autonomisation de la communauté là où c'est possible.

Le renforcement des systèmes communautaire est une approche qui promeut le développement d'organisations, groupes ou autres structures dirigées par la communauté informés, disposant de moyens et coordonnés, pour leur permettre de contribuer en tant que partenaire à part entière aux côtés d'autres acteurs à la pérennité sur le long terme des actions de santé communautaire et autres interventions. Le renforcement des systèmes communautaire inclut également la création d'un environnement catalyseur dans lequel ce développement de la communauté peut se produire (voir l'encadré 1.3).

Encadré 1.3

Composantes essentielles du renforcement des systèmes communautaires

- **Environnements catalyseurs et plaidoyer** – inclut l'engagement et le plaidoyer communautaires pour améliorer les politiques, les lois, la gouvernance et les déterminants sociaux de la santé.
- **Réseaux, relations et partenariats communautaires** – pour permettre des activités, une offre de services et un plaidoyer efficaces, et pour maximiser les ressources et les impacts.
- **Renforcement des ressources et des capacités** – ressources humaines (dotées des capacités humaines, techniques et organisationnelles appropriées), financement (financement opérationnel et de fonctionnement) et ressources matérielles (infrastructure, information et produits essentiels).
- **Activités et offre de services communautaires** – accessibles à tous ceux qui en ont besoin, fondées sur des faits et les évaluations réalisées par les membres de la communauté de leurs ressources et besoins.
- **Renforcement de l'organisation et de la gouvernance** – comprend la gestion, la responsabilité et le leadership.
- **Suivi et évaluation et planification** – notamment les systèmes de suivi et évaluation, le diagnostic de la situation, la production de données et la recherche, l'apprentissage, la planification et la gestion des connaissances.

Source : [Community Systems Strengthening framework: revised edition February 2014](#).
Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2014.

Au niveau local, cela signifie que les organisations et réseaux de PUDI sont des membres des comités de planification, de financement et de mise en œuvre et d'autres instances pertinentes. Cela signifie aussi renforcer les capacités des organisations dirigées par la communauté à fournir des services, mener des programmes, mettre en place un leadership et gérer les ressources humaines et financières sur une base durable, en particulier face aux changements en matière de financements des bailleurs ou de leadership au sein de gouvernement ou d'ONG. Les liens entre les réseaux nationaux, infrarégionaux, régionaux et internationaux de PUDI sont utiles pour les échanges de savoir, d'expérience et de soutien.

1.2.1 Travailler avec les communautés de PUDI

L'autonomisation de la communauté demande du temps et des efforts significatifs. La confiance, l'empathie et le respect sont importants pour tous les partenaires. Pour développer la confiance, il est nécessaire de traiter les PUDI avec dignité et respect, d'écouter et de prendre en compte leurs préoccupations et de travailler avec elles tout au long du processus de développement et de mise en œuvre d'une intervention. L'objectif est de s'assurer que les organisations de PUDI sont respectées en tant que partenaires par les autorités et les prestataires de services de santé, les forces de l'ordre et les services sociaux. Lorsque des groupes informels ou des organisations plus formelles de PUDI existent déjà dans la zone de service ciblée, les responsables de programmes devraient travailler avec eux, car ils sont susceptibles d'être dirigés par des membres de la communauté plutôt que d'avoir uniquement une composante communautaire (voir l'encadré 1.6).

Lors des premières phases de l'autonomisation de la communauté, les PUDI peuvent avoir une expérience limitée en tant que groupe, et les prestataires de services peuvent ne pas avoir l'habitude de travailler avec les membres de la communauté d'égal à égal. Les réseaux nationaux, régionaux et mondiaux de PUDI sont en mesure de fournir une assistance technique et un appui essentiels (voir la section 1.2.4). Les alliés, qu'il s'agisse d'individus ou d'organisations, ont également un rôle important à jouer en facilitant la participation significative des PUDI (voir la section 1.2.5). La participation significative implique que les PUDI :

- choisissent de participer ;
- choisissent la façon dont elles sont représentées, et par qui ;
- choisissent la façon dont elles sont impliquées dans le processus ;
- ont une voix égale dans la façon dont le partenariat est géré.

Encadré 1.4

Exemple concret : Implication de la Communauté dans le plaidoyer politique au Népal

Reconnaissant l'absence de lois ou de politiques spécifiques au Népal pour soutenir les PUDI et le manque de services au niveau de la communauté, Naya Goreto, une organisation non gouvernementale locale (ONG), a créé *Bridging the Gap: Health and Human Rights Programme for the Key Population*. Le programme a pour but de mobiliser des partenaires allant des parlementaires aux conseillers locaux, des responsables de santé publique aux bénévoles du secteur de la santé sur le plaidoyer concernant les domaines de préoccupation de la communauté de PUDI.

Naya Goreto insiste sur la participation significative des PUDI à tous les niveaux du programme. Plus de 200 personnes de la communauté ont été formées pour mener des activités allant de l'analyse de situation aux campagnes de plaidoyer en passant par le suivi de programme. Le programme a réuni les principaux acteurs pour créer un comité de lobbying en faveur de la santé et des droits des PUDI. Les activités d'autonomisation comprenaient le plaidoyer au sein de petits groupes, la formation de réseaux de plaidoyer pour une couverture plus importante, la mise en relation des PUDI avec des experts et d'autres acteurs intéressés pour qu'elles obtiennent des informations sur les programmes et les budgets, la mobilisation des

représentants de la communauté pour qu'ils participent à des réunions de consultation avec les responsables gouvernementaux clés, et le lobbying auprès des législateurs en faveur de la santé et des droits des PUDI.

Naya Goreto a développé des partenariats solides entre les PUDI, créant ainsi un sentiment de solidarité nécessaire pour s'attaquer collectivement aux questions qui les touchent directement. Ces questions sont maintenant inscrites dans les plans d'action annuels des administrations publiques locales et des organisations de la société civile, et un membre de la communauté des usagers de drogues injectables siège désormais au comité de coordination sur le sida du district.

www.nayagoreto.org.np

Source : *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – mise à jour 2016* ». Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016).

En raison des lois généralisées et répressives utilisées à l'encontre des PUDI, des garanties doivent être établies dans les partenariats pour s'assurer que les PUDI n'encourent pas de sanctions pénales lorsqu'elles s'organisent, ne craignent pas que le fait de se dévoiler mène à l'exclusion des services sociaux ou de l'emploi et à d'autres formes de harcèlement, et ne fassent pas l'objet de davantage de stigmatisation ou de refus de service de la part des professionnels de santé. Entre autres, cela signifie que les partenaires de l'autonomisation de la communauté devraient être prêts à défendre le remplacement d'environnements et de mécanismes répressifs par d'autres souteneurs et ouverts aux PUDI. Pour de plus amples informations sur le plaidoyer en matière de politiques de drogues mené par la communauté, voir le rapport de recherche de l'Australian Injecting & Illicit Drug Users League (AIVL) *The involvement of drug user organisations in Australian drugs policy* (2014).

Encadré 1.5

Dix principes pour un engagement significatif dans la politique en matière de drogues

1. Les droits humains devraient sous-tendre toute politique liée aux drogues et l'engagement significatif des PUDI dans le processus politique en matière de drogue.
2. Les processus d'interaction significative entre les organisations de PUDI et les organismes responsables des politiques devraient être établis dès le début du processus politique plutôt qu'en cours de route.
3. Reconnaître l'expertise des PUDI et de leurs organisations: cette expertise devrait bénéficier du même respect, de la même reconnaissance et de la même priorité au sein du processus politique que toute autre forme d'expertise ou d'expérience.
4. S'engager auprès d'une large diversité de communautés affectées par les politiques en matière de drogues, ce qui implique une reconnaissance de la diversité des personnes usagères de drogues illicites, et reconnaître les changements dans les pratiques d'usage et les prendre en compte.

5. Les PUDI et leurs organisations doivent être correctement soutenues pour participer d'une manière significative aux politiques liées à la drogue. Cela inclut des ressources et des financements appropriés, des formations, un soutien et l'accompagnement des représentants des PUD engagés dans le processus, des délais suffisants pour soutenir un engagement effectif, et des indications sur les modèles d'engagement.
6. Une communication libre entre toutes les parties prenantes est importante, ce qui implique une volonté réelle de compromis et une transparence dans le processus politique.
7. Un engagement en faveur d'une implication réelle, par opposition à une représentation de pure forme, des PUDI et de leurs organisations dans la politique en matière de drogues est nécessaire.
8. Reconnaître que les organisations de PUDI manquent de ressources pour jouer leurs rôles en matière de politique et de plaidoyer, et ont donc besoin d'un délai approprié pour répondre correctement aux politiques nouvelles ou révisées qui affectent les vies de celles et ceux qu'elles représentent.
9. Comprendre et accepter que les organisations dirigées par la communauté ont la responsabilité d'agir en tant que défenseurs de premier plan des personnes qu'elles représentent sans être qualifiées de « difficiles », peu disposées à faire des compromis ou peu réalistes concernant les impératifs politiques.
10. Les représentants des organisations de PUDI devraient s'engager à agir d'une façon respectueuse, ouverte et professionnelle lorsqu'elles représentent leur communauté dans les espaces politiques. Dans le même temps, il doit être reconnu que les représentants s'exposent souvent à des risques personnels en s'exprimant publiquement en tant que PUDI et en s'engageant dans des activités politiques.

Tiré de : **10 principes of meaningful engagement in drug policy**. Canberra : Australian Injecting & Illicit Drug Users League (AIVL), 2012.

1.2.2 Encourager les actions de proximité et les prestations de services menées par les PUDI

Il existe une différence entre les programmes de proximité *faits pour* les PUDI et ceux *faits avec ou menés par* les PUDI (tableau 1.1). Les initiatives conçues avec les PUDI ou menées par elles partent du principe que ces dernières sont les mieux équipées pour s'entraider, non seulement pour apprendre à se protéger contre les risques pour leur santé, mais aussi pour promouvoir et défendre leurs droits, et pour exiger réparation quand ceux-ci sont bafoués. Les PUDI devraient donc être une grande force dans les programmes de lutte contre le VIH et le VHC. Cela ne suffit pas de « consulter » les PUDI avant de concevoir un programme. Au contraire, les programmes devraient être basés sur les besoins, les perceptions et les expériences des PUDI, qui devraient être impliquées de manière significative dans la conception des programmes dès le début, puis dans leur mise en œuvre et évaluation.

Tableau 1.1 Comparaison d'approches de programme dans une perspective d'autonomisation de la communauté

PROGRAMMES FAITS POUR LES PUDI	PROGRAMMES FAITS AVEC/MENÉS PAR LES PUDI
Suppose souvent que la connaissance et le pouvoir sont détenus par le personnel et les responsables de programme.	Les programmes insistent sur les besoins collectivement identifiés des PUDI et développent des solutions adaptées.
Engagent les PUDI dans la mise en œuvre de programme souvent en tant que bénévoles, ou à des postes faiblement rémunérés, et non en tant qu'associés à part entière.	Les PUDI sont engagées dans toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre.
Suivent principalement les biens et services offerts et les cibles à atteindre.	Engagent les PUDI en tant qu'associés à part entière dans la mise en œuvre du programme, généralement comme employés rémunérés ou travailleurs de proximité pairs travaillant avec la communauté.
Se concentrent sur l'établissement de liens au sein du système de santé avec les professionnels de santé. Insistent moins sur le développement de liens au sein des groupes de PUDI.	Suivent principalement la qualité des services et des programmes ; leur accessibilité et acceptabilité pour les PUDI ; l'implication de la communauté ; l'adéquation de la couverture des services ; et l'adaptation aux changements de lieux et de besoins des PUDI.
	Se concentrent sur le développement de liens au sein des communautés de PUDI ainsi qu'entre les PUDI et d'autres organisations, prestataires de services, institutions de défense des droits humains...

Pour encourager les actions de proximité menées par les PUDI, les prestataires de services n'appartenant pas à la communauté doivent soutenir les organisations de PUDI en devenant des associés dans la fourniture de services. Il est important d'employer des éducateurs et des travailleurs de proximité eux-mêmes usagers de drogues injectables, actifs ou anciens, de façon à obtenir la confiance des utilisateurs des services (voir la section 4.4 du chapitre 4). Cependant, l'emploi des PUDI ne devrait pas se limiter à ces fonctions dans les programmes communautaires, mais devrait leur donner l'occasion de participer à tous les autres niveaux du programme, y compris aux prises de décision concernant la mise en œuvre, la gestion et la gouvernance du programme. Le renforcement des capacités et l'accompagnement devraient être une priorité pour permettre aux PUDI de reprendre ces positions de direction (voir la section 1.2.5).

Encadré 1.6

Organisations dirigées par la communauté et organisations communautaires

Il est capital de noter qu'il existe une différence entre les organisations dirigées par la communauté (c.-à-d. celles qui sont dirigées par et pour les PUDI) et les organisations **communautaires**. Dans les organisations dirigées par la communauté, le pouvoir et la prise de décision sont entre les mains des membres de la communauté – c.-à-d. des PUDI – tandis que dans une organisation **avec une dimension communautaire** (qui peut être une filiale locale d'une ONG nationale ou internationale), le pouvoir peut être conféré à quelques membres de la communauté seulement, ou, plus généralement, aux administrateurs ne faisant pas partie de la communauté.

Ce sont les qualités d'autodétermination et d'autogestion d'une organisation, ainsi que son engagement à poursuivre les objectifs définis par ses propres membres, qui en font une organisation véritablement dirigée par la communauté.

1.2.3 S'adapter aux besoins et aux contextes locaux

Les programmes de lutte contre le VIH et le VHC doivent tenir compte de la diversité des cultures des PUDI et répondre aux différentes pratiques d'usage ainsi qu'aux besoins et priorités de la communauté d'utilisateurs de drogues locale. Ce que signifie faire partie de cette communauté varie considérablement selon la classe sociale, l'appartenance ethnique, la langue, le genre et la race. Les lois en matière de drogue affectent d'une façon disproportionnée les groupes les plus marginalisés et les plus opprimés de la communauté des utilisateurs de drogues : selon les environnements, il peut s'agir des femmes, des minorités ethniques, des migrants et des travailleurs saisonniers, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des travailleurs et travailleuses du sexe, des détenus, des personnes transgenres, des jeunes ou des pauvres.

La souplesse, la réactivité et l'adaptabilité sont essentielles lors de la mise en œuvre de projets d'autonomisation de la communauté. Les objectifs d'intervention doivent correspondre aux besoins des PUDI, même si ceux-ci changent au fil du temps.

1.2.4 Développer des organisations de PUDI

Les organisations et les réseaux de PUDI ont un rôle important à jouer dans l'institutionnalisation du soutien aux PUDI et pour donner aux communautés les capacités de mener leurs propres actions. Quelle qu'en soit sa nature, la création de tout groupe de PUDI sera plus efficace si le processus est lancé et mené par la communauté, cela donnant aux communautés un sentiment d'appropriation. Une première étape classique pour développer la cohésion communautaire consiste à fournir ou identifier un espace (tel qu'un lieu d'accueil) où les PUDI peuvent se réunir pour faire connaissance et discuter des problèmes communs (voir l'encadré 1.7). Cela les aide à lutter contre la stigmatisation intériorisée et l'isolement souvent présents chez les PUDI, et permet de créer des normes et des valeurs communes au sein de la communauté.

Les PUDI peuvent également résoudre ensemble les problèmes qui les affectent individuellement mais qui exigent une action collective, telle que la prise en charge des violences, de l'extorsion et du harcèlement, les overdoses et les décès par overdose, les actions contre la diffusion de lots de produits contaminés ou contre les revendeurs de drogues sans scrupule, les besoins en matière de prise en charge des enfants ou la recherche d'informations en tant que migrant récemment arrivé (et souvent en situation irrégulière). Les groupes sont susceptibles de mieux fonctionner lorsque les communautés décident collectivement des priorités pour l'ensemble du groupe, conviennent d'un processus de prise de décisions et d'un ensemble de règles communes pour exister en tant que groupe.

Encadré 1.7

Réunir les PUDI

- Organiser des activités de groupe dans des espaces sûrs (qui peuvent être des lieux d'accueil, mais également le domicile d'un des membres, des centres communautaires, des salles d'église ou lieux de rencontre public) en se basant sur les intérêts des membres de groupe.
- Prévoir des activités pour les occasions spéciales, telles que des festivals, des jours fériés ou des journées commémoratives.
- Inviter des militants reconnus de la communauté ou des travailleurs de proximité pairs du quartier à prendre la parole lors des rassemblements de PUDI locales.

1 L'autonomisation de la communauté

Une solide organisation de PUD est caractérisée par une adhésion dynamique, une indépendance financière et un pouvoir politique croissants, ainsi qu'une implication sociale grandissante. Cependant, les groupes de PUDI ne deviendront pas tous des organisations indépendantes. Certains groupes choisissent délibérément de garder l'indépendance que permet le fait de ne pas être financés, et cela peut favoriser un dynamisme et une souplesse qui fait défaut dans les groupes tenus par des programmes faisant l'objet de financements ou par les objectifs ou impératifs des bailleurs de fonds.

Si un groupe de PUD décide de se constituer en organisation, il est important de développer un plan clair adapté à sa taille, sa couverture géographique, au type d'activités menées... Les énoncés de mission et de vision¹, ainsi qu'une déclaration de stratégie ou un plan stratégique, aident une organisation à :

- **donner une vision claire de ce qu'elle veut accomplir** : par exemple, si la communauté veut être impliquée dans le plaidoyer en faveur de réformes législatives ou politiques, créer ou rejoindre un réseau de groupes similaires peut être l'approche la plus efficace. Si elle veut fournir des services directement à d'autres membres de la communauté, constituer une organisation (qui peut par la suite être juridiquement constituée) peut être plus approprié ;
- **établir un cadre de la façon dont elle réalisera son projet** : cela exige de clarifier les étapes nécessaires et les ressources disponibles pour créer la structure du groupe qui correspondra le mieux à la vision de la communauté ;
- **décrire clairement les mécanismes (rôles/responsabilités) pour atteindre ses objectifs** : bien que ceux-ci puissent seulement être mis en œuvre une fois le réseau ou le groupe constitué, il est important d'avoir une certaine idée de ce qui sera nécessaire, afin que les membres puissent évaluer s'ils sont prêts à prendre ces responsabilités.

Se constituer juridiquement en association

En fonction de la taille et des objectifs d'un groupe, ainsi que du pays dans lequel il se constitue, il peut décider de devenir une entité juridiquement constituée. Le processus pour ce faire varie d'un pays à l'autre. Les membres de groupe peuvent avoir besoin de :

- comprendre les dispositions juridiques (par exemple, devenir une personne morale) afin de pouvoir répondre aux opportunités de financements ainsi qu'aux exigences/exonérations d'impôts ;
- créer des postes à plein-temps, à temps partiel et de bénévoles pour la gestion et le fonctionnement ou la prestation des services ;
- mettre en place une surveillance clinique, si des activités médicales font partie de l'offre de service ;
- mettre en place des instances consultatives et les mettre en relation avec des organisations existantes lorsque c'est opportun pour maximiser les opportunités d'action en réseau, de soutien et d'accompagnement ;
- identifier et gérer les relations avec les financeurs et les obligations contractuelles associées. Le financement peut émaner d'un bailleur ou d'une combinaison de bailleurs publics, de partenaires du développement, d'institutions privées, d'entreprises, d'associations philanthropiques...

¹ Les organisations présentent un résumé de leurs buts et objectifs dans les énoncés de mission et de vision. Un énoncé de mission décrit ce qu'une organisation veut faire *maintenant* – sa priorité, ses processus fondamentaux et le niveau souhaité de performance. Un énoncé de vision décrit ce qu'une organisation veut être *à l'avenir*. C'est une source d'inspiration et de motivation, examinant parfois la société plus générale et décrivant le changement que l'organisation veut voir se produire.

Les dossiers nécessaires à l'enregistrement doivent être retirés auprès de l'administration compétente. Les demandes précises de documents à fournir sont définies par chaque pays. Des exemples de types de documents à fournir sont fournis ci-dessous :

- statuts, règlements, composition et charte ;
- rapport d'activité annuel ;
- rapports financiers/rapports d'audit ;
- synthèse des ressources associatives ;
- organigramme/plan de recrutement (et manuel de gestion des ressources humaines, si disponible);
- conseil d'administration et règles régissant le conseil (l'approbation de l'enregistrement par le conseil d'administration est également nécessaire) ;
- comité de direction avec le statut d'organisme caritatif enregistré, l'acte et les règles de gouvernance comprenant les bénéficiaires de l'association ;
- lettres de soutien des principaux partenaires.

Certains de ces documents peuvent ne pas encore exister dans le cas de structures naissantes et peuvent devoir être développés. La plupart des pays ont des instances de coordination des ONG qui peuvent fournir des conseils ou un appui pour créer une association. Les associations de PUDI des pays voisins, ou les réseaux régionaux de telles associations, peuvent également souvent fournir des conseils et un appui pour réussir à s'enregistrer et surmonter les obstacles que rencontrent les PUDI lorsqu'elles enregistrent leurs propres structures.

Réseaux

Si l'association trouve les demandes trop complexes ou difficiles à respecter, il peut être possible de s'enregistrer en tant que membre d'un réseau. Cela peut être une étape intermédiaire appropriée pour une association naissante en vue de son enregistrement, lui offrant la protection et le soutien du réseau le temps qu'elle se développe et produise les éléments requis pour son propre enregistrement.

Des réseaux nationaux de PUD ont été construits dans de nombreux pays, y compris dans des contextes difficiles tels que l'Afghanistan. En l'absence de réseaux nationaux, les groupes peuvent s'affilier à des réseaux régionaux ou internationaux tels que l'International Network of People Who Use Drugs (INPUD). Il existe des réseaux de PUD dans chaque région. De même, il existe des réseaux régionaux d'organisations de lutte contre le sida auxquels les groupes ou les réseaux nationaux pourraient s'affilier.

1.2.5 Consolider les associations et renforcer les capacités

Le renforcement des capacités organisationnelles constitue une approche complète pour améliorer les capacités d'une structure en matière de planification, gestion et autofinancement de façon à ce qu'elle puisse réaliser sa propre vision et sa propre stratégie. Le renforcement des capacités peut aider les associations de PUDI à devenir solides, autosuffisantes et respectées en tant que partenaires à part entière en matière de politiques. Le renforcement des capacités est également important pour créer une structure organisationnelle qui assure une cohérence dans le temps et établit les procédures du plan de relève, afin d'assurer la continuité des programmes dirigés par la communauté. Pour finir, le renfor-

Le renforcement des capacités aide également l'association à produire des résultats conformes aux indicateurs et cibles exigés par les bailleurs de fonds. Que les associations de PUDI existent déjà, ou qu'elles soient le fruit de programmes de prévention du VIH et du VHC, il est important pour elles de comprendre les objectifs et les besoins des bailleurs de fonds, tout en développant la capacité de reformuler ces objectifs en cas de besoin pour s'assurer qu'ils n'entrent pas en conflit avec la propre vision de l'association.

Comme d'autres structures, les associations de PUDI sont confrontées à de multiples défis pour devenir plus solides et pérennes, et peuvent adopter différentes approches. Une association établie peut avoir une bonne connaissance des besoins de sa communauté et être en mesure de mener le processus de renforcement des capacités sans intervenants extérieurs. Une association nouvellement créée peut avoir besoin de plus de conseils, mais certains principes s'appliquent au renforcement des capacités en général. Le soutien devrait être :

- **complet** : reconnaître tous les besoins en renforcement des capacités d'une association permet d'élaborer une approche systémique pour satisfaire l'ensemble des besoins essentiels, par exemple la prestation de services, l'approvisionnement, le plaidoyer, la gestion de programme, le suivi et l'évaluation, la gouvernance, et la mobilisation de ressources ;
- **adapté au contexte et sur mesure** : l'appui devrait tenir compte de l'environnement culturel, politique et social particulier de l'organisation ;
- **fourni par un acteur local** : les personnes fournissant le soutien en renforcement de capacités peuvent comprendre les processus et aider à identifier les besoins. Cependant, si l'organisation ne prend pas ses propres décisions, les efforts en renforcement de capacités ne seront pas aussi efficaces ;
- **fondé sur les capacités du moment de l'organisation** : le type, le niveau et le volume de renforcement des capacités devraient être fondés sur la capacité de l'organisation à absorber et employer les ressources (financières et non financières) proposées ;
- **orienté à la fois vers l'intérieur et l'extérieur** : bien qu'il soit essentiel pour une organisation d'assurer la santé de son personnel et de ses structures internes, il est également important de rappeler que toute organisation fait partie d'une communauté plus vaste et doit comprendre les opportunités de partenariat et les bénéfices potentiels des liens extérieurs ;
- **fondé sur la pérennité** : le renforcement des capacités devrait consolider la capacité d'une organisation à assurer une base de ressources financières de sorte qu'elle puisse continuer à fonctionner correctement ;
- **Centré sur l'apprentissage** : une organisation qui ne continue pas à apprendre sur son rôle, sa communauté, la communauté plus large et les aspects techniques stagnera et cessera d'être pertinente.

Qu'une association de PUDI soit une ONG juridiquement constituée ou non, le renforcement des capacités présente des difficultés spécifiques :

- la stigmatisation, la discrimination et le caractère illicite de l'usage de drogues peuvent rendre difficile l'implication des PUDI dans des rôles qui demandent du temps et un certain niveau d'activités qui les exposent publiquement ;
- les associations constituées uniquement de personnes recrutées sur la base de leur qualité d'usagers de drogues peuvent lorsqu'elles démarrent ne pas avoir l'ensemble des compétences en matière de gestion et techniques requises pour fonctionner de façon optimale ;
- certains aspects du style de vie des PUDI (notamment la dépendance aux drogues) peuvent rendre difficiles la stabilisation du personnel et une cohérence optimale au sein de l'organisation.

Pour pallier cette absence de compétences, des associations externalisent certaines tâches, telles que la gestion financière, aux structures qui fournissent ce service. Une façon d'atténuer la perte de personnel est d'avoir plus de personnes impliquées dans les activités de gestion, de sorte que la mémoire institutionnelle soit partagée par le plus grand nombre. Cela est particulièrement important pour faciliter des transitions sans heurts.

Les associations peuvent renforcer leurs capacités dans des domaines spécifiques. Dans cette perspective, une bonne pratique pour une organisation est de faire l'objet d'une évaluation des capacités. De nombreux outils existent pour cela, notamment les autoévaluations, même si une évaluation menée en externe et de qualité permet aux associations de mettre en évidence des problèmes qu'elles pourraient ne pas avoir identifiés seules. L'évaluation fournit à l'organisation un plan de renforcement des capacités dans les domaines identifiés comme devant être améliorés. L'encadré 1.8 récapitule les domaines de renforcement des capacités organisationnelles, qui sont ensuite abordés de manière plus détaillée.

**Encadré
1.8****Renforcement des capacités organisationnelles****Gouvernance**

- Élaborer un plan stratégique pour orienter la programmation afin qu'elle reflète la vision et la mission de l'association. Réévaluer régulièrement les buts et objectifs.
- Créer un mécanisme équitable et transparent pour la prise de décisions qui inclut le personnel (si l'organisation en est pourvue) et les autres membres de l'organisation.
- Établir des procédures pour s'adapter aux changements et chercher de nouvelles opportunités d'action.

Gestion de projet

- S'assurer que le processus permettant d'exécuter et de gérer les activités est participatif, transparent et associé à une obligation de rendre compte, et que l'information est partagée rapidement au sein de l'organisation.
- Identifier les compétences requises et organiser la formation pour renforcer les capacités des membres dans les domaines de la programmation, des ressources humaines, de la gestion financière, du plaidoyer, etc.
- Prévoir des systèmes d'accompagnement et de soutien pour assurer la pérennité, les plans de transfert de responsabilité et la prévention du burn-out.

Mobilisation de ressources

- Développer les connaissances des sources de financement ainsi que les compétences en matière de rédaction de demande de subvention.

Travail en réseau

- Encourager la coopération et l'apprentissage avec d'autres structures et réseaux de PUDI, aux niveaux national et international.

Gouvernance

Une bonne gouvernance se caractérise par une gestion responsable de la vision stratégique et des ressources d'une organisation. La transparence, la responsabilité et une gestion efficace sont les éléments essentiels d'une bonne gouvernance et de la capacité d'une organisation à remplir son mandat.

Le conseil d'administration donne la direction stratégique, fournit un appui pour les questions juridiques et la comptabilité, et protège l'organisation. Le conseil devrait combiner une expertise et une représentation appropriée. Dans le cas d'organisations de PUDI, le conseil d'administration peut compter des alliés ayant des connexions et de l'influence en matière de plaidoyer afin de réduire la stigmatisation dont font l'objet les PUDI, et pouvant apporter une aide dans la recherche de financements. La taille du conseil d'administration importe moins que la solidité de son engagement à la cause de l'organisation et l'aide qu'il apporte pour créer et développer l'organisation.

Gestion de projet

Les programmes et les projets bien gérés sur le plan technique non seulement garantissent que les objectifs sont atteints, mais également suscitent la confiance des donateurs et des principaux acteurs en ce qui concerne la compétence de l'organisation. Une organisation est sur la bonne voie si elle :

- développe et respecte des plans de travail et financiers réalistes et en accord avec sa vision et sa mission ;
- définit des interventions techniques en conformité avec les bonnes pratiques locales et internationales ;
- s'assure que ses programmes et projets sont adaptés aux besoins de ses membres.

Mobilisation de ressources

Les organisations devraient toujours être impliquées dans la mobilisation de ressources afin d'inscrire les efforts sur du long terme. Il est important d'être stratégique et de regarder au-delà du court terme, notamment si l'organisation bénéficie d'une convention qui doit prendre fin dans quelques années. Même s'il n'existe aucune garantie qu'une organisation puisse trouver un financement, certaines bonnes pratiques peuvent y contribuer. Les questions importantes à considérer en ce qui concerne la mobilisation de ressources sont notamment les suivantes :

- La stratégie de mobilisation de ressources est-elle en accord avec la vision et la mission de l'organisation ?
- Des ressources peuvent-elles provenir des membres de l'organisation, c.-à-d. au moyen de petits frais d'adhésion mensuels ou annuels ? Cela accroît le sentiment d'appartenance, mais le montant fixé ne devrait pas être prohibitif, afin que toute personne puisse adhérer. Des tarifs d'adhésion différenciés peuvent être considérés.
- Existe-t-il des mécanismes gouvernementaux qui peuvent financer des activités ou des programmes spécifiques (sans imposer des modalités qui seraient en conflit avec celui du programme) ?

Développer des partenariats

Développer une organisation de PUDI solide et efficace relève autant des relations que de sa structure. Le travail de réseau implique les bailleurs, les communautés, les gouvernements aux niveaux

national et local, les prestataires de services et les ONG. L'organisation doit apprendre à s'engager et exercer une influence, en insistant sur les principes de justice et d'autonomisation. Certaines des fonctions du travail en réseau ont pour objet de garantir l'exercice des droits humains et des services complets pour les utilisateurs, et de développer des relations avec les bailleurs de fonds (voir la section 1.2.7).

Deux domaines du travail de réseau particulièrement importants pour les associations de PUDI sont l'engagement auprès des institutions et des structures d'État, telles que les décideurs politiques, les forces de l'ordre, les services médico-sociaux et les programmes sociaux ; et l'engagement auprès d'organisations et d'institutions non gouvernementales. Par exemple, des questions qui peuvent être abordées lors du travail en réseau sont la discrimination institutionnelle à l'encontre des PUDI et les représentations erronées véhiculées par les médias.

Engagement auprès des organisations gouvernementales : il est particulièrement important de permettre aux programmes ciblant les PUDI de plaider en faveur de l'accès aux services de santé, pour la non-discrimination et le non-harcèlement, la protection et la réparation des violences, et la garantie des droits humains et sociaux en tant que citoyens. Une organisation partenaire travaillant avec l'association de PUDI peut avoir des connexions permettant à des groupes dirigés par la communauté d'intégrer des comités qui supervisent les programmes de santé, ou d'accéder aux responsables politiques et à d'autres représentants de l'État. Le renforcement des capacités peut permettre d'orienter les PUDI, peu familières du déroulement des réunions officielles ou des protocoles pour s'adresser aux représentants de l'État, afin qu'elles puissent participer et s'engager efficacement.

Engagement auprès des organisations et institutions non gouvernementales : susciter des partenariats avec des alliés est un aspect important du renforcement de capacités. Cela aide à asseoir une association de PUDI en tant que communauté légitime avec des buts et objectifs pertinents. Développer des liens avec d'autres organisations facilite également l'identification d'un réseau de prestataires de services qui peuvent répondre plus globalement aux besoins des PUDI. Un tel travail de réseau inclut :

- d'autres associations dirigées par la communauté, organisations communautaires et ONG ;
- les réseaux dirigés par la communauté et les organisations de travailleurs et travailleuses du sexe, d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, de personnes transgenres, de jeunes appartenant aux populations clés, et de personnes vivant avec le VIH ;
- les associations locales de femmes, les organisations religieuses et autres groupes de la communauté ou organisations impliquées sur les questions de violences liées au genre, des droits humains, de l'accès à la santé, de l'accès à la justice, de l'enseignement et la formation pour adultes, et sur tout un éventail d'autres questions et droits sociaux.

Dans chaque cas, les associations de PUDI devraient chercher des alliés qui reconnaissent leur apport et les considèrent comme des partenaires plutôt que des bénéficiaires. Cela signifie que les alliés associatifs devraient être respectueux, soutenant, et prendre au sérieux la participation significative des associations.

1.2.6 Façonner les politiques et créer des environnements catalyseurs

Les processus d'autonomisation de la communauté peuvent aller au-delà de la communauté pour influencer les politiques et créer des environnements catalyseurs grâce au plaidoyer. Cela implique

l'organisation de la communauté, l'information des décideurs politiques, la sensibilisation de l'opinion publique, la documentation des expériences vécues par les membres de la communauté, la formation, les manifestations, les procès et le lobbying, ainsi que l'établissement de liens et la constitution de réseaux. Le plaidoyer peut utiliser des stratégies de communication ayant recours aux médias traditionnels ou des modes de communication utilisant Internet tels que les réseaux sociaux pour publier des déclarations publiques ou sensibiliser l'opinion.

Le plaidoyer conçu pour influencer les lois et politiques doit prendre en considération la sécurité des membres de la communauté. Cela comprend la protection de l'anonymat des personnes et des données recueillies dans le cadre du plaidoyer. Les programmes menés auprès des PUDI devraient avoir des protocoles de sécurité et de protection en place pour agir rapidement dans les cas de violences, de chantages, d'arrestations arbitraires ou autre harcèlement.

Encadré 1.9

Exemple concret : S'organiser pour influencer la politique du gouvernement en Indonésie

Persaudaraan Korban Napza Indonésie (PKNI) est un réseau national d'organisations de PUD. Fondé en 2006, PKNI s'est développé pour passer d'un dispositif informel de groupes de soutien répartis dans 11 provinces à un réseau national indépendant représentant les priorités communes de 25 groupes de PUD dans 19 provinces.

PKNI permet à la communauté de PUD d'Indonésie d'adopter des pratiques d'injection à moindres risques, qui réduisent la transmission du VIH et de tout autre virus transmissible par le sang, de comprendre les lois du pays en matière de drogues et leurs droits, et de présenter leurs besoins et expériences aux décideurs politiques, aux prestataires de services et aux bailleurs à travers des rapports, des présentations, des examens de politiques et des recherches communautaires.

PKNI a fourni une plateforme importante pour porter la voix de la communauté d'usagers de drogues dans le cadre de la riposte nationale au VIH. En 2014, PKNI a établi un partenariat avec le ministère de la Santé indonésien pour développer les directives nationales en matière de réduction des risques afin de s'assurer que les besoins et les droits des personnes usagères des drogues étaient pris en compte. Cela a été le résultat d'un processus de plaidoyer soutenu de deux ans. En s'appuyant sur les résultats d'une enquête de suivi et de contrôle qualité de 2013, PKNI a plaidé pour l'inclusion des PUD aux consultations préalables et négociations concernant les directives en matière de réduction des risques. PKNI a établi des relations avec des responsables gouvernementaux et des ministères, et a fini par obtenir un siège dans le groupe de travail national sur la réduction des risques.

Les membres de la communauté ont maintenant la possibilité d'influencer les processus politiques, de suivre et évaluer l'efficacité du programme national de lutte contre le VIH pour les PUDI du point de vue de la communauté, et de s'engager dans la stratégie visant à réduire le VIH au sein de la population des PUD.

<http://korbannapza.org/en>

Encadré
1.10**Exemple concret : Plaidoyer de la communauté pour améliorer les TSO en Australie**

Un certain nombre de représentants d'usagers de drogues siègent au Comité consultatif sur les traitements de substitution aux opiacés du Territoire de la capitale australienne (Australian Capital Territory, ACT). Du personnel de la Canberra Alliance for Harm Minimisation and Advocacy (CAHMA) et de The Connection, une organisation de PUD, participent au comité consultatif, aux côtés de deux membres de la communauté nommés par l'Équipe d'action de plaidoyer en pharmacothérapie, groupe d'autosupport de CAHMA.

En 2009-2010, ACT a entrepris une révision de ses directives en pharmacothérapie. Les représentants des usagers ont plaidé pour une plus grande souplesse, un plus grand respect manifesté à l'égard des usagers dans les dispositifs de traitement et de meilleurs mécanismes pour la résolution des conflits. Parmi les méthodes utilisées pour influencer le changement dans ce domaine politique, on peut citer les consultations d'usagers pour identifier les problèmes prioritaires, les réunions régulières de PHAAT pour élaborer des stratégies, l'étude des directives nationales et autres documents de politique et la prise en compte des questions lors des réunions du comité consultatif. Les directives d'ACT ont été améliorées en conséquence.

Source : [The involvement of drug user organisations in Australian drugs policy: a research report from AIVL's 'Trackmarks' project](#). Canberra : Australian Injecting & Illicit Drug Users League (AIVL), 2012.

1.2.7 Pérenniser le mouvement

Le financement d'organisations de PUDI est aujourd'hui largement identifié comme central pour lutter efficacement contre le VIH et est spécifiquement recommandé par le Fonds mondial dans son *Plan d'action en faveur des populations clés 2014-2017* et par l'Organisation mondiale de la Santé dans ses *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés 2016*. Il est déraisonnable d'attendre qu'un groupe se développe à partir d'un petit nombre d'individus en un mouvement dont les membres contribuent activement à la riposte nationale contre le VIH s'il ne reçoit pas un appui soutenu et un accueil favorable à sa participation. Il est donc essentiel que les gouvernements, les partenaires nationaux et les partenaires du développement soutiennent activement la création et la pérennisation des organisations et des réseaux de PUDI. Passer un contrat social est essentiel non seulement pour pérenniser les mouvements de communautés de PUDI, mais également pour une riposte efficace et soutenue contre le VIH, et constitue ainsi une part essentielle d'une allocation efficace des ressources d'un gouvernement.

Le soutien financier ne devrait pas, cependant, être conditionné aux approches établies par les bailleurs qui peuvent se trouver en conflit avec les besoins et les priorités définis par la communauté. Les approches souples fondées sur une communication transparente et ouverte, et donc plus adaptées aux besoins de la communauté, ont plus de chances de produire de meilleurs résultats. En outre, les exigences lourdes et restrictives en matière de rapports font souvent peser un poids élevé sur les organisations ayant des effectifs insuffisants et des ressources inadéquates. Les cibles quantitatives peuvent ne pas saisir la nuance et la complexité du travail des associations

dirigées par la communauté, et ce qui constitue un succès aux yeux de l'organisation peut ne pas être en accord avec le point de vue des bailleurs. Ce risque peut être atténué – et des stratégies de financement plus productives peuvent être négociées – si le processus d'autonomisation de la communauté a atteint l'étape où l'organisation de PUDI s'empare du pouvoir de prise de décision.

Encadré 1.11

Exemple concret : Le soutien des communautés à travers un réseau régional de réduction des risques en Europe de l'Est et en Asie centrale

Les conventions associées à faible seuil d'exigence qui rendent les financements accessibles aux petites, nouvelles, voire non encore constituées associations de PUDI qui veulent amener des changements positifs au sein de leurs communautés ont à plusieurs reprises montré un impact significatif. L'Eurasian Harm Reduction Network (EHRN), avec le soutien du Robert Carr Civil Society Networks Fund, a lancé un programme de petits financements en 2013, d'un montant de 25 750 euros (environ 33 000 US dollars) en faveur de sept associations en Arménie, Géorgie, Lettonie, Moldavie, Fédération de Russie, Tadjikistan et Ukraine. Des projets ont été mis en œuvre par des groupes de personnes usagères des drogues pour mobiliser, documenter et agir face aux violations des droits humains, et pour évaluer et améliorer la qualité de la programmation en matière de réduction des risques, en mettant en application leurs motivations et connaissances spécifiques pour améliorer la situation de leurs communautés. Chaque projet a reçu l'appui technique de l'EHRN et bénéficié de ses capacités en tant que réseau régional réunissant des professionnels, des militants et des représentants de la communauté des PUDI.

Indépendamment des bénéfices spécifiques obtenus par chaque projet dans leurs pays respectifs, EHRN a noté des bénéfices communs à tous :

- l'expertise et la connaissance spécifiques des PUDI ont permis d'améliorer les résultats en matière de santé et de droits ;
- les PUDI ont montré qu'elles pouvaient être un élément moteur dans les réformes politiques amenant leurs pays à adopter les normes internationales ;
- l'EHRN a créé un espace où les groupes des différents pays apprennent et s'inspirent mutuellement ;
- les PUDI ont ressenti l'impact de leur travail, et tous les groupes soutenus par le programme ont continué un travail de plaidoyer soutenu ;
- le projet a montré aux PUDI des exemples concrets de changements positifs qu'elles peuvent apporter à leurs communautés.

Source : [People who use drugs making meaningful change](#). Vilnius : Eurasian Harm Reduction Network (EHRN), 2014.

L'extrême marginalisation des PUDI rend particulièrement difficile le soutien des associations et réseaux menés par la communauté, et en l'absence d'identification et de reconnaissance de cette marginalisation, aucune approche d'autonomisation de la communauté ne pourra être fructueuse ou même imaginable. Les associations de PUDI devraient essayer de travailler en solidarité avec

d'autres mouvements sociaux, en particulier ceux qui plaident également en faveur des droits humains. Il peut s'agir de mouvements d'autres populations clés ayant une expérience similaire du risque d'exposition élevé au VIH et de l'exclusion sociale – tels que les travailleurs et travailleuses du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes transgenres, et les détenus ou anciens détenus (parmi lesquels beaucoup sont usagers de drogues injectables) – et d'organisations et de réseaux de personnes vivant avec le VIH et le VHC. La collaboration entre les mouvements peut être difficile quand la stigmatisation attachée à l'usage de drogues continue à être très forte, mais au bout du compte elle peut renforcer l'action collective contre le VIH et garantir que les communautés soient au centre de cette riposte.

Encadré
1.12

Exemple concret : L'élargissement de l'éventail des alliés et partenaires dans une campagne de plaidoyer en Europe de l'Est et Asie centrale

La campagne régionale de plaidoyer « Les femmes contre les violences » de l'Eurasian Harm Reduction Network's (EHRN) a pour objectif l'arrêt des violences policières à l'encontre des femmes usagères de drogues. La campagne a été mise en œuvre avec des partenaires de 16 villes en Biélorussie, Géorgie, au Kazakhstan, Kirghizstan, en Moldavie, dans la Fédération de Russie et en Ukraine. L'EHRN a mobilisé 18 associations partenaires dans la campagne, qui a commencé en mars 2014. La plupart d'entre elles étaient des associations de réduction des risques avec lesquelles elle avait déjà collaboré sur les questions de genre et de l'usage de drogues. L'EHRN a signé un protocole de coopération avec chacune des organisations de sorte qu'elles puissent s'approprier la campagne. Il était important de maintenir la motivation des partenaires pour mener des activités au niveau local (d'autant plus que la campagne n'avait pas de budget central). Le protocole contenait des informations claires concernant les responsabilités, l'appui que l'EHRN fournirait et les attentes relatives à la mission de l'organisation.

Pendant la première année de la campagne, les organisations ont rassemblé, sur une plateforme en ligne spécialement conçue, les données concernant plus de 805 cas de violences exercées par la police. Elles ont alors organisé des tables rondes avec des représentants des forces de l'ordre et d'autres acteurs concernés, dont une organisation de défense des droits humains, des représentants du ministère de la Santé, une association d'avocats et un cabinet d'avocats privé offrant des services bénévolement. Les partenaires ont signé des protocoles de coopération avec les services de police et ont organisé des formations sur la réduction des risques et les droits des femmes usagères de drogues. Cela a mené à la formation d'un réseau de représentants des forces de l'ordre coopérants, et l'EHRN a depuis participé à des conférences internationales sur l'application de la loi et la santé publique, et sur la justice pénale.

En même temps qu'ils étendaient leur *réseau d'organisations* et d'institutions alliées et plaidaient pour l'*élimination* de la violence à l'encontre des femmes usagères de drogues, l'EHRN et ses partenaires ont accru leurs connaissances sur la façon dont les agents de police pensent et travaillent, et la façon dont le système de justice *pénale* est organisé, ce qui leur a permis d'améliorer leurs stratégies pour aider les femmes à se défendre juridiquement dans leurs pays respectifs.

Source : [Women against violence](#). Vilnius : Eurasian Harm Reduction Network (EHRN), 2014.

Malgré les difficultés politiques, juridiques et financières, il est essentiel de mobiliser des ressources et de développer l'engagement politique des organisations dirigées par la communauté, et cette approche a eu des résultats positifs. Les défenseurs de la communauté doivent être des partenaires respectés dans l'élaboration des politiques, quels que soient leur statut juridique ou leur usage de drogues. Une société civile forte, en bonne santé et dynamique, travaillant en réel partenariat, constitue depuis trente ans le pilier de la lutte contre le VIH. À mesure que nous progressons, les organisations et réseaux de PUDI devraient être les membres essentiels de ce partenariat.

1.3 Le suivi des progrès

Les progrès de l'autonomisation de la communauté peuvent être documentés, pour informer et améliorer les programmes dirigés par la communauté ou intégrant une dimension communautaire. Des objectifs de court terme et de long terme devraient être fixés pour guider l'autonomisation de la communauté, et des indicateurs connexes devraient être utilisés pour mesurer les résultats et l'impact. Par exemple, le suivi de l'autonomisation de la communauté eu égard à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH et du VHC et aux services de soutien et de santé peut mesurer la participation des PUDI dans chacun des domaines suivants : la façon dont les services sont organisés, l'assurance qualité, l'allocation des financements, la formation du personnel de santé pour lutter contre la stigmatisation, et le plaidoyer pour combattre la discrimination – au lieu de mesurer simplement si une proportion de PUDI a accédé à un service particulier par rapport à une cible donnée.

Les communautés peuvent également suivre les progrès de leurs réalisations en termes d'amélioration et de conception des services qui leur sont destinés. Les associations de PUDI devraient fixer les unités de mesure avec les responsables des politiques et plans nationaux pour suivre et évaluer les programmes à toutes les étapes.

Une attention particulière doit être portée pour s'assurer que les populations doublement stigmatisées de la communauté des PUDI (voir la section 1.2.3) sont incluses. Les méthodes de recherche qualitatives et les témoignages qui relatent les parcours complexes d'autonomisation de la communauté sont particulièrement utiles. Le tableau 1.2 présente des exemples de résultats et d'indicateurs de suivi de l'autonomisation de la communauté.

Tableau 1.2 Indicateurs de suivi de l'autonomisation des PUDI

NIVEAU	RÉSULTATS RELATIFS À L'AUTONOMISATION	EXEMPLES OF EMPOWERMENT INDICATORS
Central/national	<ul style="list-style-type: none"> Participation des PUDI aux décisions en matière de politique, de programmation et de financement Accorder la priorité et investir dans les approches de prévention du VIH menée par la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de représentants d'organisations de PUDI qui sont membres des instances de coordination nationale multisectorielles de lutte contre le HIV Augmentation des contrats de financement et montant des subventions allouées aux groupes de PUDI
État/province	<ul style="list-style-type: none"> Plus grande participation des PUDI à l'élaboration des politiques et programmes aux niveaux de l'État/du district Plus grande implication des PUDI dans la planification et la mise en place des services médicaux, juridiques et sociaux Plus grande connaissance des professionnels de santé, de la police et des services sociaux des droits et des besoins des PUDI 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'organisations de PUDI participant aux instances de politique et de programmation au niveau de l'État/du district Nombre de PUDI activement impliquées dans la planification et la mise en œuvre de services médicaux, juridiques et sociaux Nombre (et proportion) de professionnels de santé, d'agents de police et de travailleurs sociaux ayant été formés et sensibilisés au sujet des PUDI Attitudes et pratiques des professionnels de santé, des agents de police et des travailleurs sociaux à l'égard des PUDI (mesurées par des enquêtes auprès de ces groupes et des PUDI)
District/département	<ul style="list-style-type: none"> Plus grande sensibilisation de la communauté au sens large aux droits des PUDI Augmentation des partenariats entre les associations de PUDI et d'autres groupes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de groupes de PUDI déclarant avoir fait l'objet de stigmatisation et de discrimination de la part de professionnels de santé et de la communauté au sens large Nombre de structures extérieures ayant établi un partenariat avec des associations de PUDI
Commune quartier-arrondissement	<ul style="list-style-type: none"> Plus grande sensibilisation de la communauté au sens large aux droits des PUDI Augmentation des partenariats entre les associations de PUDI et d'autres groupes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de groupes de PUDI déclarant avoir fait l'objet de stigmatisation et de discrimination de la part de professionnels de santé et de la communauté au sens large Nombre de structures extérieures ayant établi un partenariat avec des associations de PUDI
Organisations de PUDI	<ul style="list-style-type: none"> Plus grande capacité des PUDI à participer à des groupes/organisations Plus grande capacité des PUDI en tant que représentants juridiques à documenter et combattre les violations de leurs droits 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de lieux d'accueil existants destinés aux PUDI Nombre d'organisations de PUDI Nombre de réunions, de manifestations ou de rassemblements publics organisés pour promouvoir les droits des PUDI Pourcentage de PUDI qui déclarent participer à un groupe/collectif de PUDI Nombre de PUDI formées aux questions juridiques Documentation des violations des droits humains

Note : Certains de ces indicateurs sont basés sur ceux présentés dans le [Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations](#). Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015.

1.4 Pour aller plus loin

1. Harm reduction at work. New York (NY): Open Society Foundations; 2010.
<http://www.opensocietyfoundations.org/reports/harm-reduction-work>
2. "Nothing about us without us": greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: a public health, ethical, and human rights imperative. Toronto (ON) : Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute; 2008.
<http://www.harm-reduction.org/library/%E2%80%9Cnothing-about-us-without-us%E2%80%9D-greater-meaningful-involvement-people-who-use-illegal-drugs-o>
3. Developing HIV/AIDS work with drug users: a guide to participatory assessment and response. Delhi: International HIV/AIDS Alliance.
http://www.allianceindia.org/wp-content/uploads/2014/07/2014_AllianceIndia_Developing-HIV-AIDS-Work-with-Drug-Users-A-Guide-to-Participatory-Assessment-and-Response.pdf
4. The Denver Principles: greater involvement of people living with HIV.
http://data.unaids.org/Pub/externaldocument/2007/gipa1983denverprinciples_en.pdf
5. Vancouver Declaration: why the world needs an international network of activists who use drugs. Londres: International Network of People Who Use Drugs; 2006.
<http://www.inpud.net/en/vancouver-declaration>
6. Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en>
7. Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en>
8. Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe: approches pratiques tirées d'interventions de collaboratives. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.
http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/fr
9. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY): Fonds des Nations unies pour la Population; 2015.
<http://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-men-who-have-sex-men>
10. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY): Programme des Nations unies pour le Développement; 2016.
<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html>
11. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010.
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>
12. Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt. Amsterdam: Correlation Network; 2008.
<http://www.correlation-net.org/index.php/component/content/article?id=22:products-correlation-l>

13. Managers who lead: a handbook for improving health services. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2005.
<http://www.msh.org/sites/msh.org/files/mwl-2008-edition.pdf>
14. Health systems in action: an eHandbook for leaders and managers. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2010.
<http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-ehandbook-for-leaders-and-managers>
15. Systematic organizational capacity building: tackling planning and implementation challenges. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2011.
<https://www.msh.org/resources/systematic-organizational-capacity-building-tackling-planning-and-implementation>
16. Organizational capacity building framework: a foundation for stronger, more sustainable HIV/AIDS programs, organizations & networks. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2011.
<https://www.msh.org/resources/organizational-capacity-building-framework-a-foundation-for-stronger-more-sustainable>
17. Organizational capacity assessment for community-based organizations. Boston (MA): New Partners Initiative Technical Assistance (NuPITA) Project & John Snow, Inc.; 2012.
<https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/OCA%20Tool%20for%20Community%20Based%20Organizations.pdf>
18. Positive health, dignity and prevention: operational guidelines. Geneva and Amsterdam: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and The Global Network of People Living with HIV; 2013.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20130802_Positive_Health_Dignity_Prevention_Operational_Guidelines_o.pdf
19. Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for people who inject drugs. Genève: Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida; 2011.
<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs/operational-guidelines-for-monitoring-and-evaluation-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>
20. The amfAR GMT Initiative mentoring model: strengthening organizational capacity and impact through local expertise. New York (NY): amfAR, the Foundation for AIDS Research.
http://www.amfar.org/uploadedFiles/_amfarorg/Articles/Around_The_World/GMT/2015/GMT%20Cap%20Building%20Report%20021815v233.pdf



2 Réformes législatives, droits humains, stigmatisation et discrimination



Table des matières

2.1	Introduction	35
2.2	L'examen et la réforme des lois et des politiques	35
2.2.1	Les cadres pour la réforme	35
2.2.2	La dépenalisation de l'usage de drogues et la possession de drogues à des fins de consommation personnelle	38
2.2.3	L'abolition de la peine de mort	38
2.2.4	Les jeunes : le plaidoyer en faveur de la suppression des obstacles liés à l'âge	39
2.3	La promotion des droits humains	40
2.3.1	L'accès à la justice : organiser des programmes d'assistance juridique et d'autonomisation juridique des PUD	40
2.3.2	La documentation des violations des droits humains	43
2.3.3	La lutte contre la violence exercée par la police et les autres obstacles liés aux forces de l'ordre	45
2.3.4	Le traitement forcé et obligatoire	49
2.3.5	L'accès aux services de santé en détention	50
2.3.6	Le plaidoyer en faveur des services de réduction des risques intégrant une approche fondée sur le genre	52
2.4	La lutte contre la stigmatisation et la discrimination	53
2.4.1	La programmation au niveau local pour réduire la stigmatisation et la discrimination	54
2.4.2	Changer les attitudes à l'égard des PUD	56
2.5	Le suivi des programmes	58
2.6	Pour aller plus loin	60

Ce que contient ce chapitre

Ce chapitre fournit des conseils pratiques sur les problèmes de droits humains que rencontrent les personnes usagères de drogues en injection (PUDI), en reconnaissant spécifiquement les problèmes de la stigmatisation, de la discrimination et de la pénalisation, et en y répondant. Il fournit des approches pour une réforme juridique et politique, ainsi que des moyens de suivre les interventions afin de promouvoir et protéger les droits des PUDI.

2.1 Introduction

Les personnes usagères de drogues (PUD)¹ sont confrontées à des niveaux élevés de stigmatisation, de discrimination, de violence et autres violations des droits humains. Il s'agit notamment du refus de leur dispenser des soins ou de bénéficier de services sociaux, des restrictions à l'emploi ou à l'accès à l'éducation, du retrait de la garde parentale des enfants, de l'incarcération ou de la détention sans procès, du traitement de désintoxication forcé (souvent contre leur volonté dans des « centres de traitement »), du refus ou de l'arrêt d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et de la violence physique. La stigmatisation, la discrimination et la violence sont renforcées par la pénalisation de l'usage de drogues dans la plupart des pays, et l'ensemble de ces facteurs contribue à l'épidémie de VIH et d'hépatite C (VHC) chez les personnes usagères de drogues en injection (PUDI) en les empêchant d'accéder à des services vitaux de réduction des risques ainsi qu'au diagnostic, au traitement et à la prise en charge du VIH et du VHC.

Les principes d'une approche fondée sur les droits humains sont énumérés dans l'introduction de ce document, cette approche étant essentielle à tous les aspects de la réduction des risques et de la prévention du VIH et de l'hépatite C. Ce chapitre traite plusieurs priorités de réforme juridique, et quelques aspects pratiques pour garantir et surveiller le respect des droits humains, avant d'aborder des stratégies visant à mettre fin à la violence, à la stigmatisation et à la discrimination à l'encontre des PUD, ainsi que le suivi des programmes.

La stigmatisation et la discrimination opérant à la fois aux niveaux institutionnel et individuel, les expériences et les pratiques proposées dans ce chapitre sont destinées aux planificateurs de programmes nationaux et aux décideurs politiques, ainsi qu'aux organisations opérationnelles² travaillant au niveau local, notamment les organisations dirigées par la communauté.

2.2 L'examen et la réforme des lois et des politiques

Les lois et les politiques, quand elles sont essentiellement répressives, peuvent constituer des obstacles majeurs à l'accès des PUD aux services. Le plaidoyer est important pour réformer les lois et les politiques en vue d'inclure des programmes ayant fait leurs preuves, fondés sur les droits humains, en particulier les programmes d'accès aux seringues et les services de TSO.

2.2.1 Les cadres pour la réforme

Le plaidoyer en faveur d'une réforme fondée sur les droits humains des lois relatives aux drogues devrait mettre l'accent sur le fait que les conventions internationales portant sur les drogues n'imposent pas la pénalisation de l'usage de drogues, et qu'elles sont suffisamment souples pour permettre aux pays de ne pas pénaliser la possession de drogues à des fins de consommation personnelle.

1 L'usage de drogue se réfère à l'usage de substances psychoactives à des fins non médicales qu'elles soient illicites, réglementées ou prescrites.

2 Une organisation opérationnelle est une organisation développant une action auprès des PUDI, avec une approche centrée sur l'utilisateur des services. Ce peut être une organisation gouvernementale ou non gouvernementale, une organisation communautaire ou menée par la communauté, et elle peut travailler à l'échelle d'un État, d'une province, d'un district ou d'une municipalité. Parfois, une organisation non gouvernementale offre des services à travers plusieurs unités en différents endroits d'une zone urbaine ; dans ce cas, chacune de ces unités peut également être considérée comme une organisation opérationnelle.

On peut faire référence aux droits inscrits dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pidesc), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) et autres traités relatifs aux droits humains fondamentaux pertinents, en particulier des clauses spécifiques, telles que :

- le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre (Pidesc, article 12) ;
- le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (PIDCP, article 7, Convention contre la torture, articles 2 et 16) ;
- le droit à la non-discrimination (PIDCP, article 2, Pidesc, article 2).

Le document final de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU sur le problème mondial de la drogue³ met particulièrement l'accent sur les interventions axées sur les droits humains, le genre et la santé, notamment :

- encourager les personnes atteintes de troubles liés à l'usage de drogues à participer volontairement aux programmes de traitement après avoir donné leur consentement éclairé (paragraphe 1(j)) ;
- assurer l'accès, sur une base non discriminatoire, à des services de santé, de prise en charge et de protection sociale dans le cadre des programmes de prévention, de soins primaires et de traitement, y compris ceux offerts aux détenus condamnés ou aux prévenus (paragraphe 4(b)) ;
- encourager l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre [...], de mesures substitutives ou additionnelles à la condamnation ou à l'infliction d'une peine (paragraphe 4(j)) ;
- promouvoir et mettre en œuvre, face aux infractions liées aux drogues, des mesures de justice pénale efficaces qui soient conformes aux garanties d'une procédure pénale régulière prévues par la loi, y compris des mesures pratiques visant à faire respecter l'interdiction de l'arrestation et de la détention arbitraires ainsi que de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et à mettre fin à l'impunité, conformément au droit international applicable dans ce domaine et compte tenu des Règles et normes des Nations unies en matière de prévention du crime et de justice pénale, donner accès à une aide juridictionnelle en temps voulu et faire respecter le droit à un procès équitable (paragraphe 4(o)).

Pour de plus amples informations sur la relation entre pénalisation de l'usage de drogues et violations des droits humains, voir la [Déclaration de Consensus de l'INPUD sur l'usage de drogues sous la prohibition – Droits de l'homme, la santé, et la loi](#) (2015).

³ Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue. Document final de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU sur le problème mondial de la drogue. A/RES/S-30/1. New York (NY) : Nations unies ; 2016.

Encadré 2.1

Un cadre pour l'examen juridique

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a publié une série de [huit modules](#) en 2006 pour examiner les lois sur l'usage de drogues dans le cadre de la prévention du VIH. Ces lois modèles sont des outils pouvant être proposés et défendus à des fins de réformes. Chaque module commence par une justification et propose des modèles en accord avec les droits humains, abordant :

- la réforme du droit pénal ;
- le traitement de la dépendance à la drogue ;
- les programmes de seringues stériles ;
- les lieux supervisés de consommation de drogue ;
- les prisons ;
- les interventions et l'information ;
- la stigmatisation et la discrimination ;
- les programmes de prescription d'héroïne.

Les modules ont fourni un cadre pour un examen juridique mené dans six pays d'Asie centrale en 2010. Pour de plus amples informations, voir [Accessibility of HIV prevention, treatment and care services for people who use drugs and incarcerated people in Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan: legislative and policy analysis and recommendations for reform](#). Toronto (ON) : Canadian HIV/AIDS Legal Network ; 2010.

Encadré 2.2

Exemple de cas : Réformer la loi relative aux drogues par le biais d'un processus consultatif en Birmanie

Dans le cadre d'une action globale pour répondre à l'usage de drogues en Birmanie, l'Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) et le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ont soutenu une consultation sur l'amendement de la loi relative aux stupéfiants et aux substances psychoactives en Birmanie. Cet atelier avait pour objectif de présenter les amendements proposés à la loi sur la drogue et de recevoir les conseils techniques et contributions des participants.

L'atelier, organisé par le Central Committee for Drug Abuse Control, a réuni un large éventail d'acteurs, notamment des hauts représentants du gouvernement, des parlementaires, des experts internationaux en matière de santé et de droit, des organisations non gouvernementales internationales et locales (ONG), des réseaux d'usagers de drogues, des partenaires du développement et des agences de l'ONU. Les participants ont proposé des changements cruciaux, comme supprimer l'enregistrement obligatoire des usagers de drogues, remplacer l'incarcération par le traitement de la dépendance à la drogue, réduire les sanctions pour les infractions mineures et inclure l'approche de réduction des risques à la loi. L'ONU a également proposé des recommandations pour supprimer la peine de mort pour les infractions pénales liées à la drogue.

L'ONUDC soutient maintenant trois séries de consultations organisées par le gouvernement, et incluant des groupes de la société civile, afin de rédiger la Stratégie nationale de lutte contre les drogues. Les contributions techniques que l'ONUDC a fournies pour l'élaboration de la stratégie sont en accord avec les propositions faites pendant la consultation sur la loi relative aux drogues. Lorsque la stratégie sera finalisée (probablement en mars 2017), le projet de loi sera présenté au Parlement à des fins de ratification.

2.2.2 La dépénalisation de l'usage de drogues et la possession de drogues à des fins de consommation personnelle

Ces dernières années, quelques pays ont expérimenté des réformes de politiques en matière de drogues, notamment les réglementations essentiellement axées sur le cannabis. Bien qu'il soit encore nécessaire d'évaluer ces changements de politique, l'expérience du Portugal confirme que les alternatives à la pénalisation de l'usage de drogues produisent des résultats positifs en termes de santé et de sécurité publique (voir l'encadré 2.3).

Encadré 2.3

Exemple de cas : L'expérience du Portugal

Depuis 2001, le Portugal ne pénalise plus aucun usage de drogue. Les usagers de drogues font toujours l'objet de poursuites administratives qui se soldent généralement par un renvoi vers une Commission pour la dissuasion de la dépendance aux drogues (CDT). Les membres de la CDT sont des professionnels de la santé, du droit et du travail social dont le principal objectif est d'évaluer les risques de santé et de fournir aux PUD un accès à la vaste gamme de services dont elles ont besoin ou qu'elles choisissent. Les CDT suspendent la plupart des cas qui leur sont présentés, n'imposant de fait aucune sanction à la plupart des « délinquants », et proposent des interventions de réduction des risques, différentes possibilités de traitement de la dépendance et des programmes d'intégration sociale et d'insertion professionnelle.

L'usage de drogues au Portugal est inférieur à la moyenne européenne et a diminué chez les 15-24 ans – la population la plus susceptible de s'initier à l'usage de drogues. L'incidence du VIH et des hépatites virales a connu une tendance à la baisse ces dix dernières années, en raison des effets conjugués d'une politique en matière de drogues propice et d'investissements significatifs dans la réduction des risques.

2.2.3 L'abolition de la peine de mort

De nombreux pays ont réformé leur Code pénal pour supprimer la peine de mort, mais sur les 58 pays qui autorisaient toujours la peine capitale en 2016, quelque 32 pays ou juridictions internationales permettaient son application pour les crimes liés à la drogue. En 2007, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté une résolution (A/RES/62/149) appelant tous les États dans lesquels la peine de mort est toujours en vigueur à décréter un moratoire sur les exécutions en vue d'abolir la peine de mort.

Il n'existe aucune preuve indiquant que la peine de mort pour les infractions liées à la drogue ait contribué à réduire l'usage de drogues ou le commerce de la drogue. En tant qu'entité de l'ONU, l'ONUDC plaide également pour l'abolition de la peine de mort, comme le fait l'Organe international de contrôle des stupéfiants. Lors des sessions de la Commission des stupéfiants des Nations unies de 2014 et 2015, de nombreux États membres, notamment un certain nombre de pays du Sud, ont exprimé leur soutien en faveur de l'abolition de la peine capitale pour les infractions liées à la drogue.

Concernant les pays qui ne font pas partie du deuxième Protocole facultatif se rapportant au PIDCP, l'application de la peine de mort n'est pas en soi interdite par le droit international. Le PIDCP limite cependant son recours aux « crimes les plus graves » uniquement. Ces crimes sont largement considérés comme étant les crimes délibérés entraînant la mort ou extrêmement graves pour l'Humanité.

2.2.4 Les jeunes : le plaidoyer en faveur de la suppression des obstacles liés à l'âge

En dépit du jeune âge auquel des personnes s'initient parfois à l'usage de drogues dans de nombreux pays, les jeunes PUDI⁴ estiment qu'il leur est difficile d'obtenir des informations, du matériel d'injection stérile, un traitement de la dépendance, notamment le traitement à la méthadone pour la dépendance aux opiacés, ainsi qu'un dépistage, du counselling et un traitement du VIH. Les restrictions d'âge ou les exigences de consentement parental rendent les services de distribution de seringues, le traitement de substitution aux opiacés et le dépistage du VIH moins accessibles pour les jeunes personnes, ce qui augmente leur vulnérabilité au VIH.

Des éléments à prendre en considération pour la réforme juridique et politique sont notamment les suivants :

- examiner les politiques actuelles liées au consentement afin d'envisager la suppression des obstacles liés à l'âge et les exigences de consentement du parent/tuteur qui empêchent les jeunes d'avoir accès au dépistage, au traitement et à la prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- intégrer une programmation pertinente spécifique aux besoins et aux droits des jeunes PUDI aux plans et politiques de santé nationaux, en établissant des liens avec d'autres plans et politiques pertinents, comme ceux se rapportant aux secteurs de la protection de l'enfance et de l'éducation.

Pour de plus amples informations sur les jeunes PUDI, notamment les considérations de programmation pour garantir leurs droits humains et leur accès aux services appropriés, voir la note technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) *HIV and young people who inject drugs* (2015).

4 Les jeunes PUDI, qui injectent ou non, sont celles appartenant à la tranche d'âge des 10–24 ans, conformément au document du Groupe de travail inter-institutions sur les populations clés [HYPERLINK «http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en/»](http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en/) *HIV and young people who inject drugs: a technical brief* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015).

2.3 La promotion des droits humains

2.3.1 L'accès à la justice : organiser des programmes d'assistance juridique et d'autonomisation juridique des PUD

La connaissance du droit et l'assistance juridique sont des éléments essentiels pour s'assurer que le droit d'accès à la justice des personnes – y compris les PUDI – est respecté. La faible connaissance par les PUDI de leurs droits et leur incapacité à accéder à une assistance juridique peuvent conduire à des abus de la police, une détention prolongée, le refus de l'accès à des services de santé et sociaux adéquats, des litiges liés à la garde des enfants, une violation de la confidentialité, un avortement forcé (voir la section 2.3.6) et une discrimination sur le lieu de travail.

Même lorsque le système juridique d'un pays soutient le droit à une assistance juridique, l'accès des PUD et des personnes accusées de délits à des conseils de qualité élevée peut être sérieusement restreint en raison de leur marginalisation et situation économique désavantageuse. Les PUD n'ont souvent pas conscience de leurs droits ; bon nombre n'ont pas les moyens d'avoir recours à des conseils juridiques ou ne savent pas comment accéder à une assistance juridique gratuite. Assurer la connaissance du droit et offrir une assistance juridique adéquate en temps voulu devraient être des actions hautement prioritaires pour le gouvernement et les organisations de la société civile afin de garantir l'accès des PUD à la justice ainsi qu'à un ensemble d'autres services.

La responsabilité des États de fournir une assistance juridique aux personnes dans le système de justice pénale, notamment les PUD et les personnes vivant avec le VIH, a été reconnue dans les *Principes et lignes directrices des Nations unies sur l'accès à l'assistance juridique dans le système de justice pénale* (2012). Le droit à l'assistance juridique est également inscrit dans plusieurs traités internationaux, notamment le PIDCP.

Encadré
2.4

Exemple de cas : Services des conseillers juridiques en Indonésie

En Indonésie, Persaudaraan Korban Napza Indonesia (PKNI), un réseau d'organisations de PUD, fournit une assistance juridique dispensée par des pairs formés et qualifiés. Environ 120 PUD ont été formées dans huit provinces à fournir une assistance juridique à leurs pairs actuellement en procédure judiciaire pour des affaires liées à la drogue. Les conseillers juridiques donnent aux PUD détenues des informations sur leurs droits et transmettent les affaires à des avocats. Durant la période 2013–2016, 160 affaires dans cinq provinces ont bénéficié du soutien de conseillers juridiques pairs.

<http://korbannapza.org/en>

Les services d'aide juridique peuvent fournir divers soutiens aux PUD, notamment des informations sur leurs droits, des conseils aux personnes détenues, arrêtées ou fouillées ou des conseils sur des sujets liés à l'hébergement, aux soins de santé, à la garde des enfants, à l'éducation ou au travail. Les services d'aide juridique peuvent inclure une représentation (orale ou écrite) lors des procédures judiciaires et de la médiation en cas litiges. Les services peuvent être fournis par des avocats (notamment à titre gracieux), des conseillers juridiques (voir l'encadré 2.4), des étudiants

en droit supervisés dans des centres d'assistance juridique ou des professionnels de santé/réduction des risques ayant été formés pour fournir un ou plusieurs de ces services. Le personnel travaillant dans des services de réduction des risques peut également avoir besoin de services d'aide juridique, dans le cas par exemple de harcèlement policier. Les services d'aide juridique peuvent être intégrés aux services de réduction des risques et autres services de santé pour en garantir le meilleur accès possible (voir l'encadré 2.5).

Encadré 2.5

Exemple de cas : Intégration des services d'assistance juridique et de VIH aux programmes de réduction des risques en Ukraine

Cinq associations de réduction des risques en Ukraine ont intégré des services juridiques à leurs programmes à Kiev, Kherson, Lviv, Mykolaïv et Poltava en affectant des avocats employés dans des lieux où les PUDI viennent chercher des seringues ou des conseils et orientations. L'organisation fournit aussi des services juridiques par le biais d'un avocat ou d'un cabinet juridique engagé par l'organisation. Le programme a permis d'augmenter l'accès à aux services de réduction des risques en attirant de nouveaux clients qui viennent pour les services juridiques et restent pour les services de prévention du VIH.

Pour de plus amples informations, voir *Tipping the balance: why legal services are essential to health care for drug users in Ukraine*. New York (NY) : Open Society Foundations, 2008.

Lorsqu'une organisation ne peut pas recruter d'avocat, il peut alors être possible d'établir des relations avec des cabinets juridiques pouvant offrir des services d'assistance juridique bénévolement et de former des partenariats avec des organisations de la société civile travaillant pour l'accès à la justice.

L'assistance juridique devrait être à bas seuil d'exigence et facilement accessible pour les PUD (voir l'encadré 2.6).

Encadré 2.6

Exemple de cas : Ressources juridiques en ligne en Europe de l'Est et Asie centrale

Il peut être difficile pour les PUD et leurs amis et familles cherchant une assistance et des conseils de s'y retrouver dans le système d'assistance juridique. [Hand-help.ru](#) est une ressource en ligne qui fournit des explications faciles à comprendre des lois et réglementations sur l'usage de drogues au sein de la Fédération de Russie. Avec l'appui du Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD) et le cofinancement de l'Union européenne, un [Réseau juridique régional de lutte contre le VIH](#) a été créé en 2012. Le Réseau travaille dans neuf pays en Europe de l'Est et Asie centrale, et dispose d'un système permettant de déposer des plaintes en ligne. En 2015, le réseau et le PNUD ont publié un manuel en anglais et en russe abordant les questions légales et l'accès à une assistance juridique gratuite : *Know your rights, use your Laws* (« Connais tes droits, utilise tes lois »).

Outre l'offre d'une assistance juridique aux PUD, le fait de fournir aux membres de la communauté⁵ l'information et les ressources qui leur permettent de connaître et comprendre leurs droits est un processus autonomisant et transformateur pouvant avoir un impact significatif sur la réduction de la stigmatisation et de la violence (voir l'encadré 2.7).

Encadré 2.7

Exemple de cas : L'autonomisation juridique des PUD en Tanzanie et aux EU

Le Tanzanian Network of People Who Use Drugs (TaNPUD) travaille avec Médecins du Monde pour former les membres à leurs droits et les soutenir pour plaider en leur nom et au nom de leurs pairs. Les membres du réseau et d'autres participants aux programmes de réduction des risques portent sur eux des fiches d'information à utiliser en cas d'arrestation, expliquant leurs droits et responsabilités ainsi que les responsabilités de la police (voir la figure 2.1). Des rapports isolés indiquent que la police est moins susceptible de harceler les PUD qui ont la fiche sur elles. Une équipe de gestion de crises du TaNPUD comptant 13 membres travaille dans différentes zones de Dar es-Salaam et a négocié la fin de la garde à vue de PUD ou aidé à organiser leur libération sous caution pour éviter les détentions préventives.

VOCAL NY, une organisation basée à New York, intègre les droits humains et les droits juridiques comme sujet régulier de ses « séminaires » dispensés à des PUD dans les services de réduction des risques et autres services ou sur les lieux de rassemblement de la communauté. Les séminaires permettent aux PUD de discuter de leurs droits avec des pairs et de trouver des réponses à leurs questions et préoccupations.

5 Dans ce document, le terme « communauté » se réfère le plus souvent à des populations de PUDI, plutôt qu'aux groupes géographiques, sociaux ou culturels plus larges dont ils peuvent faire partie. Les personnes entrer dans l'usage de drogues injectables ou en sortir à différents moments de leur vie, mais rester intégrées à la communauté. Les « membres de la communauté » sont les PUDI ou les personnes intégrées à la communauté ; les « interventions de proximité auprès de la communauté » signifie le travail de proximité auprès des PUDI ; et les « interventions menées par la communauté » sont des interventions menées par des PUDI ou par des personnes intégrées à la communauté. Pour une définition plus précise, voir l'encadré 1.1. du chapitre 1.

Figure 2.1 Fiche Connaître ses droits (TanPUD)

Droits du bénéficiaire

- Tous les êtres humains sont égaux
- Personne n'est au-dessus de la loi
- Tous les êtres humains ont droit à la vie
- Le droit de ne pas être jugé en fonction de son apparence
- Le droit de ne pas faire l'objet de discrimination ou de stigmatisation
- Le droit à la protection de la vie privée et à la confidentialité
- Le droit de travailler

Responsabilités de la police

- Informer le bénéficiaire du motif de son arrestation
- Informer le bénéficiaire de ses droits
- Informer le bénéficiaire de son droit à communiquer avec un avocat, un tuteur ou un membre de sa famille
- Consigner correctement la déposition dans un délai de quatre heures, et lire la déposition au bénéficiaire avant qu'il ne la signe
- Le présenter devant un tribunal dans les 24 heures

Responsabilités du bénéficiaire

- Respecter l'autorité
- Avoir sa pièce d'identité pour faciliter l'identification
- Prendre soin de soi et de son hygiène personnelle
- Ne pas se disputer avec la police
- Communiquer immédiatement avec le projet si un problème survient avec la police

Source : Médecins du Monde, TanPUD

2.3.2 La documentation des violations des droits humains

Le fait de documenter les violations des droits humains peut être un outil important pour défendre les droits des PUD, traiter de manière plus globale le problème des violations ou déposer une plainte au tribunal pour influencer les politiques au niveau national.

Dans l'idéal, tout travail de documentation devrait être mené par une organisation de PUD. Si cela n'est pas possible ou si cela peut les mettre en danger, l'aide d'organisations locales ou internatio-

nales de défense des droits humains – ou d'organisations internationales de PUD, si elles sont plus protégées – pourrait être appropriée.

Il n'existe pas d'approche unique de documentation des violations des droits humains adaptée à toutes les situations. Dans certains cas, les comptes rendus de quelques violations extrêmes peuvent suffire pour sonner l'alarme. Dans d'autres, il peut être nécessaire d'exposer plusieurs incidents. Différents objectifs peuvent appeler différents niveaux d'analyse des droits humains. L'encadré 2.8 résume les étapes préparatoires à suivre par les organisations de PUD souhaitant enregistrer les abus.

Encadré 2.8

Conseils et stratégies pour documenter les violations des droits humains

- ✓ **Déterminer clairement les objectifs de la documentation** : cherche-t-elle à établir un registre détaillé de nombreux types de violations ou à mettre en avant quelques problèmes clés ? À quoi servira la documentation, et de quoi aura-t-on besoin pour pouvoir l'utiliser le plus efficacement possible ?
- ✓ **Identifier les principaux problèmes ou violations que vous voulez documenter** : dresser une liste provisoire des violations connues dans la communauté et mettre en avant les sujets les plus importants à des fins de documentation et de plaidoyer.
- ✓ **Tenir compte de ce que l'on sait déjà** : en s'appuyant sur la liste provisoire, dresser une liste des militants ou groupes bien renseignés sur ces violations et des actions qu'ils pourraient déjà mener, et des groupes spécifiques au sein de la population des PUD susceptibles d'avoir été confrontés à ces violations.
- ✓ **Réfléchir aux informations à recueillir** : dresser une liste provisoire des informations devant être recueillies (voir l'encadré 2.9). Ce peut être des dossiers médicaux, des photographies, des vidéos, des témoignages oraux ou des rapports écrits.
- ✓ **Identifier toutes les éventuelles sources d'information** : les individus, les documents et les organisations ; quand il est difficile de les contacter, envisager d'autres moyens d'obtenir les informations.
- ✓ **Développer une méthode à partir des besoins** : le nombre de PUD à interviewer, le nombre et l'identité d'autres experts, les auteurs présumés des violations et autres, le degré de détail nécessaire, le niveau d'analyse des preuves existantes, etc.
- ✓ **Obtenir le consentement éclairé** : il est important de disposer d'un mécanisme permettant d'obtenir le consentement éclairé des personnes interviewées. Former les enquêteurs à réduire au minimum la possibilité de réveiller le traumatisme chez les personnes interrogées.
- ✓ **Développer des ressources pour adopter une approche éthique et fondée sur les bonnes pratiques** : s'assurer également que les ressources financières et humaines et le matériel (par exemple le stockage sécurisé des fichiers) nécessaires pour l'enquête sont en place.

Source : Kaplan K. [Human rights documentation and advocacy: a field guide for organizations of people who use drugs](#). New York (NY) : Open Society Institute ; 2009.

Encadré
2.9

Le guide en six points pour documenter les violations des droits humains

QUOI – Quelle violation s'est produite ? Quelle a été l'accusation portée, la loi citée ou l'arme utilisée ?

OÙ – La rue, un bâtiment ou une structure, et l'adresse.

QUAND – L'heure, le jour, la date et l'année de l'incident.

QUI – Qui était la victime directe ? Qui étaient les auteurs de la violation ? Y a-t-il des témoins ou d'autres personnes possédant des informations de première main sur la violation (par exemple du personnel soignant, la police, des travailleurs de proximité) ?

POURQUOI – Rassembler les appréciations ou attestations des personnes les plus étroitement impliquées sur les circonstances, les motivations, les actions ou les paroles ayant conduit à la violation.

COMMENT – Comment la violation s'est-elle produite et en quoi le statut de personne usagère de drogues de la victime a-t-elle contribué à la violation ?

Tiré de : [Know your rights, use your laws: handbook for legal empowerment of people who live with or are at risk of HIV, their close ones, and service providers](#). New York (NY) : Programme des Nations unies pour le Développement ; 2014 et Kaplan K. [Human rights documentation and advocacy: a field guide for organizations of people who use drugs](#). New York (NY) : Open Society Institute ; 2009.

2.3.3 La lutte contre la violence exercée par la police et les autres obstacles liés aux forces de l'ordre

Les personnes soupçonnées d'usage de drogues peuvent faire l'objet d'un test forcé de dépistage des drogues, de fouilles, et voir leur matériel de réduction des risques (seringues stériles, etc.) détruit ou confisqué par la police ou d'autres agents des forces de l'ordre. Elles peuvent également être frappées, torturées ou subir d'autres pratiques cruelles, inhumaines ou dégradantes pendant l'interrogatoire ou la détention, entraînant parfois leurs décès.

Des pays ou agences qui réalisent une surveillance régulière de la prévalence du VIH et du VHC au sein des populations clés ont ajouté des questions sur le harcèlement et les violences exercés par la police aux questionnaires d'évaluation épidémiologique annuelle. Plaider pour l'intégration de ces dispositifs pourrait être bénéfique pour les pays, car cela permet aux parties concernées de surveiller et suivre les progrès réalisés dans une perspective de réduction de la violence policière et des violations des droits humains.

Les expériences de diverses régions du monde indiquent que les attitudes et les pratiques de la police peuvent évoluer pour devenir plus respectueuses des droits humains (encadré 2.12). Une avancée importante a été l'établissement de groupes internationaux comme le Réseau des forces de l'ordre contre le VIH (Law Enforcement and HIV Network, LEAHN), une organisation d'agents de police actifs et retraités et d'autres anciens travailleurs du système de justice pénale qui estiment que la police a un rôle important à jouer pour faciliter l'accès des PUD aux services de réduction

des risques. Ces groupes constituent des ressources importantes pour informer d'autres agents de police et le public général.

Encadré 2.10

Documenter les pratiques répressives

De nombreuses organisations de PUD et organisations leur fournissant des services ont documenté les violences ou harcèlements policiers de manière ponctuelle ou ont adopté une approche systématique de veille concernant les interpellations à proximité des lieux de service. Le fait de documenter les pratiques répressives facilite le plaidoyer au niveau individuel (aborder les problèmes avec un agent de police) ou concernant des problèmes liés au système.

Documenter les problèmes de manière ponctuelle peut notamment consister à demander les noms et numéros d'insigne des agents de police pour vérifier si le problème de harcèlement relève d'un policier en particulier. Concernant la documentation systématique, les communautés de PUD échangent régulièrement des informations avec le personnel sur les lieux de distribution de seringues afin que ces problèmes puissent être résolus au niveau du district ou de la ville. D'autres approches consistent notamment à cartographier les lieux où le harcèlement de la police se produit et à communiquer instantanément ces informations liées au harcèlement par SMS.

Encadré 2.11

Extrait de la déclaration de soutien du LEAHN en faveur d'une police œuvrant à la réduction des risques

1. Traditionnellement, les institutions chargées de l'application de la loi ont toujours joué un rôle essentiel en matière de protection et de maintien de la santé publique. Actuellement, la prévention de la propagation du VIH est un défi de santé publique majeur dans lequel les forces de l'ordre jouent un rôle crucial. Dans le cadre de la riposte, les politiques et pratiques de réduction des risques sont des approches pragmatiques, complètes, fondées sur des données scientifiques qui ont démontré leur efficacité pour réduire la propagation du VIH à travers le monde.
2. La prévention et la réduction des délits et le renforcement de la sécurité de la communauté sont des objectifs et bénéfices importants des programmes de réduction des risques. Même lorsque les comportements sont illégaux, les institutions chargées de l'application de la loi peuvent avoir un impact significatif sur la création d'un environnement permettant aux populations clés de se protéger et de protéger la communauté contre les risques, notamment le VIH.
3. Les institutions chargées de l'application de la loi, en tant que partenaires essentielles de la mise en œuvre de ces programmes, sont bien placées pour faciliter l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH. Les institutions chargées de l'application de la loi (en particulier les services de police et pénitentiaires) peuvent contribuer de

manière significative à l'amélioration de la santé publique en participant activement à ces programmes et en les appuyant.

4. Les secteurs du maintien de l'ordre et de la santé devraient travailler en partenariat pour élaborer et soutenir une législation, une politique et une pratique qui vont dans le sens des objectifs communs de prévention du VIH en améliorant la sécurité de la communauté et en réduisant les délits. Elles renforcent, directement ou grâce à une allocation plus adaptée des ressources destinées au maintien de l'ordre et à la santé, la capacité des institutions chargées de l'application de la loi à atteindre leurs objectifs de prévention des délits, de réduction des délits et de sécurité de la communauté.

Source : [LEAHN statement of support for harm reduction policing](#)

Site internet : www.leahn.org

Au niveau local, l'identification de défenseurs au sein de la police et l'éducation des agents de police en matière de réduction du VIH et des risques peuvent produire des résultats significatifs. Les agents de police pourraient bien connaître les problèmes comme l'usage de drogues ou le VIH au sein de leur communauté locale et faire preuve de compréhension à cet égard, mais pourraient aussi avoir besoin de conseils pour pouvoir participer efficacement à la programmation en matière de prévention. L'organisation de discussions entre les organisations de la société civile et les agents des forces de l'ordre contribue à améliorer la compréhension mutuelle des besoins. Les forces de police étant structurées de manière hiérarchique, les officiers haut gradés doivent exercer leur leadership pour que ce changement se produise.

La formation et la sensibilisation régulières sont des éléments importants. Intégrer une formation à la réduction des risques ou au VIH et aux populations clés au sein du programme d'une école de police permet à un grand nombre de policiers d'être formés de manière durable. Elle devrait être présentée de manière à susciter l'intérêt de la police, par exemple comme moyen d'utiliser de manière plus rationnelle ses ressources (poursuivre les principaux trafiquants de drogues plutôt que les gens ayant commis des infractions mineures et non violentes liées aux drogues) et de se protéger contre les blessures par piqûre d'aiguille. Les organisations de PUD peuvent jouer des rôles essentiels en tant que défenseurs et formateurs auprès de la police (encadré 2.12).

Encadré 2.12

Exemple de cas : Changer les attitudes et pratiques de la police

En 2013–2014, l'ONUSD a dirigé des ateliers conjoints de sensibilisation destinés aux forces de l'ordre et aux organisations de la société civile dans 18 pays. Pendant deux jours, 40 participants, la moitié issue d'organisations de la société civile et l'autre de la police, ont été formés à la réduction des risques et à la façon de mener un plaidoyer auprès de la police. Dans chaque ville où s'est tenu l'atelier, tous les participants ont admis avoir beaucoup appris les uns des autres ; c'était la première fois qu'ils disposaient d'un lieu pour discuter. L'un des résultats fut qu'en 2016 les organisations de la société civile et la police ont élaboré des plans d'action conjoints en Arménie, au Kazakhstan, en Moldavie et en Ukraine.

L'ONUDC a également élaboré le manuel de formation suivant : *Training manual for law enforcement officials on HIV service provision for people who inject drugs*, devant être utilisé dans les écoles de police ou à des fins de formation continue, ainsi que le guide suivant : *Practical guide for civil society HIV service providers among people who use drugs: improving cooperation and interaction with law enforcement officials*.

La publication en 2015 de Open Society Foundations (OSF) *To protect and serve* met en avant des exemples d'amélioration des attitudes de la police envers les usagers de drogues :

- À **Calcutta, en Inde**, le commissaire adjoint de la police a été convaincu que la poursuite des personnes ayant commis de petits délits liés à la drogue était une pure perte de temps, et a travaillé avec des groupes communautaires pour mettre en place des lieux d'accueil⁶ où les personnes peuvent obtenir un soutien et des services de santé sans aucun jugement. Le succès de ces actions dépendait de la formation des forces de l'ordre qui étaient sceptiques quant à l'utilité de ces services. Cette action a en définitive contribué à transformer les attitudes des agents de police, permis à des milliers de PUD de bénéficier de services sociaux et aidé les services de police chargés de lutter contre la drogue à cibler plus efficacement leurs ressources contre les principaux délits.
- **Au Kirghizstan**, un agent de police haut gradé chargé de la lutte contre la drogue a constaté l'impact dévastateur du VIH dans le pays et pris conscience de l'importance de la réduction des risques. Avec son soutien, et en travaillant avec des organisations de défense des droits humains et de prévention du VIH ainsi que des communautés de PUD, les directives nationales relatives à l'implication de la police dans la stratégie nationale de lutte contre le VIH ont été révisées. Il a été ordonné aux policiers de ne pas perturber les services de réduction des risques, mais les attitudes n'ont changé que lorsqu'une formation à l'échelle nationale impliquant des travailleurs de la santé et des PUD a permis aux policiers de comprendre qu'ils avaient un rôle important à jouer pour garantir l'accès à des services vitaux et que les PUD valaient la peine d'être sauvées. L'école de police a depuis élaboré un programme sur le VIH et mis en place une formation régulière sur la réduction des risques ; et un nombre croissant d'agents de police considèrent qu'assurer l'accès aux services VIH fait partie de leur travail.
- **À Baltimore, aux États-Unis**, où il a été constaté que des agents de police abordaient des individus à proximité des sites de distribution de seringues, le service de police chargé de la santé et de la sécurité au travail et le service de santé de la ville, qui gérait les programmes d'accès aux seringues, ont proposé une formation élémentaire sur le VIH et la réduction des risques et décrit les bénéfices de la réduction des risques en matière de limitation de l'exposition des policiers à des aiguilles lors des fouilles. Les craintes de blessures par piqûre d'aiguille des agents de police ont été abordées et les stratégies de prévention ont fait l'objet de discussions. Les PUD ont apporté des perspectives personnelles sur leur expérience avec la police. En prenant en compte les préoccupations de la police, la formation a adopté un angle de protection, expliquant comment la programmation en matière de réduction des risques bénéficiait à tous, y compris à la police.

⁶ Un lieu d'accueil est un lieu où les PUDI se rassemblent pour se détendre, rencontrer d'autres membres de la communauté et organiser des événements sociaux, des réunions ou une formation. Pour de plus amples informations, voir la section 4.6 du chapitre 4.

2.3.4 Le traitement forcé et obligatoire

Dans de nombreux pays, les tribunaux envoient les PUD suivre un traitement obligatoire de la dépendance à la drogue ou un traitement forcé, que ce soit dans la communauté comme alternative à l'incarcération ou en plus de l'incarcération. Le traitement de la dépendance est un service de santé dont les normes éthiques sont les mêmes que celles de n'importe quel autre service de santé. Aucun traitement ne devrait être administré sans le consentement éclairé du patient. La personne usagère de drogues doit avoir le choix d'accepter ou de refuser cette proposition.

Dans certains pays, les personnes accusées d'infractions liées à la drogue – y compris les infractions mineures, non violentes, et dans de nombreux cas la simple consommation sans inculpation – peuvent être détenues contre leur volonté dans des structures qui prétendent fournir un traitement ou une réhabilitation et ne leur offrent aucune liberté de quitter le centre de traitement. Dans ces structures, ces personnes font souvent l'objet d'une maltraitance physique, de privations et sont contraintes de travailler sans être rémunérées. En 2012, une déclaration commune de 12 entités de l'ONU a condamné ces pratiques et appelé les États à « fermer immédiatement [ces centres] et à libérer les individus détenus », et à remplacer la détention obligatoire par des soins intégrant une dimension communautaire et sur une base volontaire pour ceux qui en ont besoin⁷.

Encadré
2.13

Stratégies pour un plaidoyer en faveur de la fermeture des centres de détention associés à un traitement obligatoire ou forcé

Il peut être difficile, voire impossible, de documenter les abus lorsque les gouvernements limitent l'accès à ces structures et lorsque les « patients » ou même les anciens patients ont peur de raconter leurs histoires. Les organisations internationales de défense des droits humains peuvent aider, comme ce fut le cas lors de la divulgation par Human Rights Watch des abus commis dans les centres de détention obligatoire pour usagers de drogues au Cambodge, en Chine, au Laos et au Vietnam, et avec les comptes rendus similaires du Réseau juridique canadien contre le VIH/sida sur la Thaïlande. Les organisations de défense des droits humains peuvent aider les organisations locales de la société civile à saisir les instances de protection des droits humains, comme l'a fait Human Rights Watch lors du processus d'Examen périodique universel du Conseil des droits de l'homme de l'ONU, en s'appuyant sur les résultats de ses enquêtes sur ces centres. Compte tenu de la position claire de l'ONU sur ce sujet, le personnel de l'ONU devrait aussi être appelé à soutenir le plaidoyer pour fermer ces institutions.

7 **Joint statement: compulsory drug detention and rehabilitation centres.** Organisation internationale du Travail, Haut-Commissariat des Nations unies aux Droits de l'Homme, Programme des Nations unies pour le Développement, Organisation des Nations unies pour l'Éducation, la science et la culture, Fonds des Nations unies pour la Population, Haut-Commissaire des Nations unies pour les Réfugiés, Fonds des Nations unies pour l'Enfance, Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime, Entité des Nations unies pour l'Égalité des sexes et l'autonomisation de la femme, Programme alimentaire mondial, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2012.

2.3.5 L'accès aux services de santé en détention

Les détenus doivent avoir accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique.

Principe 9 des Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus, Assemblée générale de l'ONU

Selon Harm Reduction International, en 2015, huit pays seulement proposaient des programmes d'accès aux seringues dans les prisons, et 52 seulement proposaient des TSO aux personnes incarcérées. Le traitement du VIH et de la tuberculose est beaucoup plus accessible dans les prisons, mais reste difficile en raison des priorités en concurrence des autorités sanitaires et pénitentiaires. Dans de nombreux pays, l'offre de services de réduction des risques et de traitement de la dépendance à la drogue dans les milieux pénitentiaires est limitée par des restrictions juridiques ou financières ou par le déni officiel de la situation réelle dans les prisons. Des efforts significatifs en matière de plaidoyer et une volonté politique sont nécessaires pour éliminer ces obstacles juridiques.

Les *Règles des Nations unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes* (les Règles de Bangkok, 2013) et *l'Ensemble de règles minima des Nations unies pour le traitement des détenus* (les Règles Nelson Mandela, 2015) donnent des directives claires quant à la nécessité d'offrir et d'assurer la continuité des services dans les prisons qui soient équivalents à ceux existant dans la communauté plus large ainsi qu'un traitement de la dépendance à la drogue et du VIH.

L'accès au TSO durant l'interrogatoire, la détention ou dans les structures de santé peut être refusé parce que les systèmes n'ont pas été créés pour fournir un TSO, en vue d'obtenir une confession, en raison d'une volonté mal avisée de « traiter » ou « guérir » l'usager de drogues (en dépit de l'absence de toute preuve étayant l'efficacité de cette approche) ou simplement pour punir. Le Rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a déclaré que « le refus de traitement médical ou le manque d'accès aux soins médicaux [y compris le TSO] en détention peut constituer une peine ou un traitement inhumain ou dégradant et se trouve donc interdit en vertu du droit international des droits de l'Homme⁸ ».

Les points suivants peuvent être utilisés pour plaider en faveur de services de soins de santé et de réduction des risques dans les prisons :

- **démontrer le besoin** : réaliser un examen de la situation épidémiologique dans les prisons du pays, en incluant des données sur l'incidence des maladies infectieuses, les pratiques d'injection et les comportements à risques à l'intérieur des prisons ;
- **mettre en évidence les obligations en vertu du droit international et national relatif aux droits humains**, à la santé ou aux normes des établissements pénitentiaires ainsi que les obligations juridiques. Les personnes incarcérées ont droit à des soins de santé équivalents à ceux dont bénéficie la population non carcérale ;

8 *Promotion et protection de tous les droits de l'Homme, civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, y compris le droit au développement. Rapport du Rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Manfred Nowak. Assemblée générale des Nations unies A/HRC/10/44, paragraphe 71. New York (NY) : Nations unies ; 2009.*

Encadré
2.14**Exemple de cas : Plaidoyer en faveur
des programmes d'accès aux seringues dans les prisons en Australie**

En 2011, l'ONG australienne Anex a examiné les aspects législatifs et réglementaires qui sous-tendent l'introduction des programmes d'accès aux seringues dans les prisons dans l'État de Victoria. Anex a constaté que la législation relative à la santé et la sécurité au travail et à la fourniture d'un traitement et de soins médicaux raisonnables aux détenus établissait le devoir de dispenser des soins, ainsi que la fourniture de ces programmes. Ce devoir de dispenser des soins est renforcé par la loi de 2006 établissant la Charte des droits et responsabilités de l'État. La mise en place de programmes d'accès aux seringues dans les prisons exige qu'ils soient en conformité avec les Règlements pénitentiaires de 2009 de l'État ainsi que le consentement du directeur de l'établissement pénitentiaire.

Source : [A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings](#). Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime ; 2014.

www.anex.org.au

- **présenter les preuves scientifiques de l'efficacité des interventions dans les prisons**, par exemple la publication de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'ONUDC et de l'ONUSIDA *Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments* ;
- **montrer les directives internationales**, par exemple la publication de l'ONUDC, de l'Organisation mondiale du Travail et de l'OMS *Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées : Ensemble complet de mesures d'intervention (2013)* ;
- **démontrer les avantages pour le personnel pénitentiaire**, c.-à-d. la sécurité au travail – quand les seringues seront autorisées, les détenus les échangeront après usage, les jetteront immédiatement ou ne ressentiront pas le besoin de les cacher dans des endroits où le personnel pourrait se blesser lors des fouilles. La fourniture d'un accès aux TSO aux personnes en ayant besoin dans les prisons réduit le trafic de drogues et facilite la gestion pénitentiaire ;
- **montrer les bénéfices pour l'ensemble de la population** : la santé dans les prisons est une question de santé publique – lorsque les seringues sont autorisées, les détenus ne partagent pas le matériel d'injection, réduisant ainsi le risque de transmission du VIH et du VHC chez les détenus et leurs partenaires, dans les prisons ou après leur libération ;
- **montrer les avantages à impliquer les détenus dans les services de soutien** : les PUD peuvent participer aux programmes d'accès aux seringues dans les prisons, en participant à la diffusion d'informations, aux services de dépistage du VIH, à la prise en charge des overdoses et en aidant le personnel pénitentiaire et soignant à améliorer l'efficacité des programmes.

Pour un exemple de document sur le plaidoyer, voir la publication de Harm Reduction International [Advocating for needle and syringe exchange programmes in prisons. Evidence and advocacy briefings series](#).

2.3.6 Le plaidoyer en faveur des services de réduction des risques intégrant une approche fondée sur le genre

Les femmes usagères de drogues injectables font souvent l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination plus importantes que les hommes usagers de drogues injectables, ce qui est souvent aggravé par la violence liée au genre. Elles rencontrent un ensemble d'obstacles à l'accès aux services du VIH liés au genre, et dans de nombreux contextes, elles demeurent une population difficile à atteindre, même lorsque des programmes de réduction des risques existent.

D'autres lois et politiques affectant les femmes et leur accès aux services du VIH sont notamment celles où la déclaration de l'usage de drogues est un critère de retrait de la garde des enfants, de stérilisation forcée ou d'avortement contraint⁹. Cependant, des études indiquent que lorsqu'elles ont accès à un suivi médical et social adéquat, les femmes usagères de drogues injectables peuvent donner naissance à des bébés en bonne santé et fournir à leurs enfants des soins appropriés et un environnement aimant et favorable pour leur développement. L'organisation des femmes usagères de drogues – en particulier par le biais de groupes et réseaux d'autosupport – conjuguée à des actions ciblées pour mettre fin aux pratiques violentes dont elles font l'objet peut contribuer à améliorer la politique en matière de drogues et l'accès aux services de santé reproductive.

Le document de politique générale de L'ONUDDC *Women who inject drugs and HIV: addressing specific needs* (2014) énonce les interventions qui répondent aux besoins des femmes usagères de drogues injectables :

- les services de santé sexuelle et reproductive, notamment relatifs aux IST et à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- les services de santé maternelle et infantile ;
- l'information et le soutien propres au genre fournis par des pairs ;
- les services relatifs à la violence liée au genre ;
- les services adaptés aux travailleuses du sexe usagères de drogues injectables ;
- la distribution de préservatifs masculins et féminins ;
- le soutien à la parentalité ;
- la prise en charge des enfants ;
- le counselling pour les couples (visant à s'assurer que la responsabilité est partagée équitablement entre les deux partenaires en matières de réduction des risques liés au VIH et de santé) ;
- l'information, l'éducation et la communication spécifiquement pertinentes pour les femmes usagères de drogues (notamment l'injection à moindres risques et la sexualité à moindres risques) ;
- une assistance juridique accessible et pertinente pour les besoins des femmes usagères de drogues injectables ;
- l'offre de services psychosociaux, de services auxiliaires et de produits de première nécessité ;
- les interventions génératrices de revenus pour les femmes usagères de drogues injectables.

⁹ Les avortements sont considérés comme forcés dès lors qu'il y a un recours manifeste à la force physique ou à une pression émotionnelle ou psychologique pour amener une femme à pratiquer un avortement contre sa volonté, ainsi que dans les cas où une femme est manipulée par de fausses informations (par exemple concernant les effets de l'usage de drogues pendant la grossesse) ou se voit proposer une compensation financière si elle consent à avorter, alors qu'elle n'aurait pas choisi de le faire librement.

Pour de plus amples informations, voir également le document de l'ONUDC *Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service-providers on gender-responsive HIV services* (2016).

Encadré 2.15

Exemple de cas : Le Réseau international des femmes usagères de drogues (Inwud)

L'Inwud est un groupe affilié à l'INPUD (le Réseau international des PUD). L'organisation fournit un espace en ligne sécurisé destiné uniquement aux femmes (via un serveur de listes de diffusion) dans lequel elles peuvent partager des idées, les problèmes qu'elles rencontrent et se soutenir. L'Inwud encourage l'égalité femmes-hommes dans tous les conseils d'administration et groupes de travail de l'INPUD, révisé tous les documents de l'INPUD et les complète pour s'assurer qu'ils intègrent la question des femmes avant leur publication.

L'Inwud engage et promeut les femmes usagères de drogues en tant que partenaires et collaboratrices à part entière dans tous les aspects théoriques et pratiques liés aux drogues, notamment pour les développements en matière de politiques, de réformes juridiques et de réduction des risques. Le groupe cherche activement à collaborer avec des groupes et instances de l'ONU et d'autres groupes internationaux pertinents en vue de mieux faire entendre les problèmes affectant les femmes usagères de drogues. L'Inwud a préparé une déclaration de prise de position pour la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le problème mondial de la drogue.

En 2014, l'Inwud a travaillé en collaboration avec l'Association nationale de défense des femmes enceintes (National Advocates for Pregnant Women) aux États-Unis pour présenter son point de vue au Conseil des droits de l'homme des Nations unies sur les droits des femmes enceintes usagères de drogues ; et en 2015, l'organisation s'est associée à la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW) pour rédiger une déclaration de position commune relative aux femmes usagères de drogues et au VIH. Ce sont des exemples de réseaux de femmes usagères de drogues travaillant avec des réseaux de femmes de tous horizons pour améliorer les droits des femmes usagères de drogues et réduire la stigmatisation et la discrimination.

2.4 La lutte contre la stigmatisation et la discrimination

La stigmatisation extrême dont font régulièrement l'objet les PUD est une forme de violence structurelle. Le langage, les politiques et les pratiques des institutions juridiques, sanitaires et éducatives et des médias créent, renforcent et perpétuent souvent cette stigmatisation. Cela entrave la réforme des lois sévères relatives aux drogues ou l'allocation correcte de ressources aux programmes de prévention, diagnostic, traitement et prise en charge du VIH et du VHC destinés aux PUD. La stigmatisation peut entraîner une tolérance des violations des droits des PUD et sert également à légitimer les pratiques discriminatoires.

Des exemples de discrimination juridique, sociale et institutionnelle sont notamment les restrictions en matière de financement des services de santé comme la distribution de matériel d'injec-

tion par le biais des programmes d'accès aux seringues, les interdictions légales de TSO, l'entrave de l'accès aux services de réduction des risques par la mise en place de règles de zonage ou l'opposition de la population à la présence de services dans leur quartier, ainsi que les restrictions liées à l'âge ou les exigences de consentement parental pour obtenir un traitement, ce qui limite l'accès des jeunes personnes aux services.

Encadré 2.16

Formes de stigmatisation liées aux PUD

La stigmatisation de la part d'individus : les opinions et stéréotypes négatifs que nourrissent des membres individuels de la société à l'égard des PUD. Ils peuvent être fondés sur des observations personnelles et des expériences directes ou sur des reportages médiatiques, et des lois et politiques publiques.

La stigmatisation de la part des services/programmes : les politiques et pratiques qui créent des obstacles à l'accès aux services, par exemple les attitudes de jugement des prestataires de services, l'absence de confidentialité ou de respect de la vie privée des clients, l'absence de consentement éclairé avant un traitement ou le traitement forcé, obligatoire et abusif.

La stigmatisation systémique, structurelle ou institutionnelle : les lois répressives et sévères de contrôle des drogues et les pratiques policières caractérisées par la coercition et la corruption, notamment les violences et les extorsions, et les politiques qui limitent ou interdisent officiellement l'accès des PUD, qu'elles injectent ou non, aux services publics.

L'auto-stigmatisation : l'intériorisation des opinions et attitudes stigmatisantes par les PUD.

La stigmatisation par association : la stigmatisation dirigée contre la famille et les amis des PUD ou contre les individus qui expriment leur empathie ou leur soutien aux PUD ou qui soutiennent des lois plus progressistes ou la stigmatisation dirigée contre les prestataires de services de réduction des risques ou les chercheurs.

*Tiré de : [Understanding drug-related stigma: tools for better practice and social change](#).
New York (NY) : Harm Reduction Coalition.*

2.4.1 La programmation au niveau local pour réduire la stigmatisation et la discrimination

Utiliser des méthodes participatives : les PUD devraient être invités à participer aux processus pour identifier leurs problèmes, en analyser les causes, identifier les priorités et élaborer des solutions. Ces méthodes permettent d'accroître la pertinence du programme, de développer les aptitudes de vie et relationnelles et contribuent à garantir le succès à long terme des programmes.

Comprendre les tendances locales de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des PUD et la relation entre ces tendances et la vulnérabilité au VIH et au VHC. S'appuyer sur cette compréhension pour concevoir les programmes.

Utiliser une approche intégrée pour concevoir les interventions : Les programmes étendus qui fournissent des informations et des services de santé complets, travaillent avec les secteurs juridique et judiciaire et sont situés dans la communauté permettent d'avoir un impact plus important sur la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PUD.

Développer la capacité du personnel du programme à comprendre et prendre en compte les liens entre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PUD et le VIH. Le personnel du programme devrait pouvoir s'adresser de façon appropriée aux PUD qui sont confrontées à la discrimination ou à la violence, sans les stigmatiser ou les blâmer davantage.

Reconnaître que les programmes peuvent avoir des impacts préjudiciables sur les PUD, comme la violence associée à des représailles ou à des « réactions ». Se préparer à cette éventualité et suivre les programmes pour détecter ces conséquences involontaires.

Évaluer les programmes pour identifier les stratégies qui réduisent les facteurs de risque et les niveaux de discrimination rencontrés par les PUD, afin de développer une base de données concrètes et s'assurer que les ressources sont allouées aux stratégies les plus bénéfiques. L'évaluation devrait toujours être réalisée avec la participation des PUD.

Encadré 2.17

Liste pour établir un code de bonne pratique pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination au sein d'un service ou d'une organisation

Cette liste peut aider une organisation fournissant des services à des PUD à élaborer ou évaluer un code de bonne pratique pour éliminer la stigmatisation et la discrimination. Il est préférable de compléter la liste en travail d'équipe, qui peut être réalisé régulièrement (une fois par an au moins). Les questions et déclarations sont des suggestions et devraient être adaptées au type, à la taille et à l'envergure de l'organisation. Elles peuvent être évaluées en fonction d'un cadre de notation, tel que le suivant : **O** – Oui, nous faisons actuellement cela, **OA** – nous faisons actuellement un certain travail dans ce domaine mais il doit être amélioré, **NH** – non réalisé à l'heure actuelle/nous ne travaillons pas actuellement dans ce domaine, **SO** – sans objet pour notre travail/organisation. Un plan d'action devrait être élaboré pour traiter tout domaine identifié comme **OA** ou **NH**.

Langage : Les politiques écrites et les pratiques emploient-elles un langage sans jugement, neutre et autonomisant (par exemple « personnes usagères de drogues en injection » ou « personne dépendante aux drogues » plutôt que « toxicomane », etc.) ?

Confidentialité et vie privée : Les services sont-ils tous fournis d'une manière confidentielle et à protéger la vie privée des individus ? L'organisation s'assure-t-elle qu'aucune question n'est posée aux individus sur leur usage de drogues, leur statut VIH ou VHC devant d'autres clients ? Les femmes et les jeunes personnes utilisant le service ont-elles accès à des programmes (comme le TSO) sans qu'il ne leur soit demandé d'avoir un « tuteur » (partenaire ou membre de la famille) avec elles ?

Hypothèses : Les politiques et pratiques sont-elles dénuées de préjugés quant aux personnes ayant accès aux services, par exemple supposer que les usagers de drogues qui se présentent pour bénéficier d'un traitement contre une maladie ou soulager une douleur ne « cherchent qu'à se procurer de la drogue », traiter les personnes que l'on sait usagères de drogues différemment des autres clients ou refuser des services car elles sont considérées comme source « d'ennuis » ou « difficiles » ?

Protection des données : Tous les dossiers et données personnels relatifs aux utilisateurs du service sont-ils gérés par le biais d'un système sécurisé et confidentiel ? Quelles informations

les individus sont-ils tenus de fournir et cela pourrait-il les rendre vulnérables en cas d'action policière, d'une intervention des services de protection de l'enfance ou de violences au sein de la communauté ? Est-il absolument nécessaire de rassembler toutes les informations qui sont consignées ? Quelles lois locales facilitent ou entravent la protection des données ?

Consentement éclairé : Un consentement total et éclairé est-il obtenu avant qu'un examen médical ou des procédures médicales ne soient réalisés ? Comment savez-vous si un consentement a véritablement été donné librement ?

Volontaire : Les services et programmes sont-ils tous fournis à titre volontaire, c.-à-d. que les clients peuvent venir et partir quand ils le souhaitent et ne sont pas contraints de venir ou de rester, que ce soit par l'organisation, la police, les tribunaux ou des membres de leurs familles ?

Non répressif : Les utilisateurs du service peuvent-ils se voir exclure du service ou refuser l'accès pour certaines raisons ? Ces raisons sont-elles justes, placent-elles la santé de la personne au premier plan et un processus de recours est-il prévu ? Les utilisateurs du service ont-ils été pleinement impliqués dans la rédaction de ces règles et les nouveaux utilisateurs du service sont-ils informés de ces règles à leur arrivée ?

Sécurité : Existe-t-il des politiques et procédures pour s'assurer que chaque utilisateur du service de santé en sécurité quand il accède aux programmes ?

Fondé sur des données concrètes : Les services et programmes sont-ils tous fondés sur les meilleures données existantes et scientifiquement rigoureuses de bonne pratique ?

Implication significative : Les utilisateurs des services sont-ils impliqués dans la planification, le développement et la mise en œuvre des services ? L'organisation travaille-t-elle avec une organisation locale ou nationale de PUD et l'implique-t-elle ? Existe-t-il un moyen accessible pour les utilisateurs du service de faire part de leurs commentaires et d'indiquer quels sont les services qu'ils veulent ou dont ils ont besoin.

Mécanisme de dépôt de plainte : Existe-t-il un mécanisme de dépôt de plainte auquel les personnes ne craignent pas d'accéder et qu'elles peuvent utiliser facilement ? Comment le faites-vous connaître au public ?

Formation et soutien du personnel : Une formation et un soutien adéquats sont-ils fournis à tous les employés travaillant avec des PUD pour les fonctions qu'ils assument ?

Emploi des PUD : Les PUD sont-elles aussi employées en tant que membres du personnel à plein-temps et bénéficient-elles de la même formation et rémunération que le personnel non usager de drogues ?

2.4.2 Changer les attitudes à l'égard des PUD

Influencer les médias

Bon nombre de personnes tirent leurs informations et forgent leur opinion sur l'usage de drogues injectables à partir des médias dominants. Plusieurs stratégies ont été utilisées pour remettre en question les portraits stigmatisants et discriminatoires que les médias font des PUD (voir l'encadré 2.18).

Encadré 2.18

Exemple de cas : Stratégies pour remettre en question les attitudes stigmatisantes et discriminatoires dans les médias

- Depuis 2011, les conférences régionales sur les politiques en matière de drogue en Amérique latine, organisées par un consortium d'ONG dirigé par Intercambios en Argentine, ont proposé des prix pour récompenser le meilleur travail journalistique latino-américain sur les drogues et les politiques liées à la drogue. De nombreux journalistes ont participé à la compétition et Intercambios estime que la compétition a permis d'améliorer la couverture médiatique.
- La Commission ouest-africaine sur les drogues a dirigé un atelier destiné aux journalistes dans cette région pour promouvoir une meilleure couverture des questions de politique en matière de drogue. Les journalistes participants ont examiné les résultats de la guerre contre la drogue et l'impact de la discrimination médiatique à l'égard des PUD.

Des communautés de PUD ont également organisé des campagnes collectives pour lutter contre la discrimination dans les médias (voir l'encadré 2.19).

Encadré 2.19

Exemple de cas : Remettre en question les points de vue discriminatoires dans la presse en Ukraine

Malgré des efforts nationaux pour mettre en place des programmes de TSO et de soutien bien gérés, les communautés de PUD en Ukraine sont confrontées à une forte discrimination. En 2006-2008, alors que l'Ukraine commençait à déployer un programme de méthadone et de buprénorphine, une campagne d'affichage nationale antidrogue a été lancée par une organisation à but non lucratif locale utilisant un langage stigmatisant les PUD. En réponse, la All-Ukrainian Charitable Foundation « Drop-In Centre » (une ONG de PUD) et l'Association de défense des traitements de substitution en Ukraine (Association of Substitution Therapy Advocates of Ukraine ; Astau) ont lancé une campagne pour mettre en avant les opportunités que présentaient les TSO pour les PUDI. Le message sur les panneaux d'affichage dans cinq villes était le suivant : « Aller-retour : qu'est-ce qui peut aider une personne usagère de drogues à retourner au travail/revenir dans sa famille/la société ? DEMANDEZ ! » L'acronyme en ukrainien pour TSO est ZPT, qui est proche du verbe « demander » en ukrainien : *zapytaty*. Le public était invité à consulter le site Internet de la campagne, zapytaty.in.ua, qui présente les avantages des TSO. Outre les panneaux d'affichage, des communiqués de presse et des conférences de presse menées par des PUD ainsi que des clients suivant un TSO et leurs parents, ont contribué à améliorer la compréhension de la société concernant les PUD et leurs communautés.

Donner la parole aux PUD

Des organisations de PUD ont créé des magazines, des bulletins d'information, des blogs Internet, des vidéos et autres ressources en ligne pour lutter contre les comptes rendus stigmatisants et

discriminatoires des médias. Cela a permis de donner un autre point de vue, un regard humain sur des PUD, une éducation par les pairs essentielle et sans jugement et des informations sur la réduction des risques. Des publications de pairs, des ressources en ligne et des déclarations de plaidoyer ont été produites même dans des environnements où l'usage de drogues était pénalisé et les PUD susceptibles d'être arrêtées.

Encadré 2.20

Publications, ressources et outils de plaidoyer menés par la communauté

Pour des idées quant à la façon de donner la « parole aux usagers de drogues » ou de l'amplifier dans votre contexte local, veuillez vous référer à ces publications, ressources et outils de plaidoyer conçus par des usagers de drogues issus de divers milieux :

We are drug users: voices from the international movement of people who use drugs. (Vidéo YouTube ; 2014.)

INPUD consensus statement on drug use under prohibition: human rights, health, and the law. Londres : International Network of People Who Use Drugs ; 2015.

Paper planes (Canberra: Australian Injecting & Illicit Drug Users League ; 2014) est un livre qui, à partir d'un récit simple, encourage les personnes à examiner leurs propres préjugés envers les femmes usagères de drogues et remettre en question la stigmatisation et la discrimination.

Plaider auprès des parties prenantes

Une autre stratégie pour influencer le public et les médias consiste à rassembler des déclarations de célébrités ou autres personnalités dont la notoriété attire l'attention des médias. La Commission mondiale pour la politique des drogues, un groupe créé en 2010 et réunissant d'anciens chefs d'État, des militants et des intellectuels, a attiré une attention considérable sur les questions de politiques en matière de drogue. Le rapport 2014 de la Commission ouest-africaine sur les drogues a bénéficié d'une large couverture médiatique et contribué à ouvrir le débat sur l'impact négatif de la discrimination et des violations des droits des PUD en Afrique. Des actions de plaidoyer auprès du gouvernement et d'ONG peuvent aussi porter leurs fruits (voir l'encadré 2.21).

2.5 Le suivi des programmes

Le suivi et l'évaluation des actions de prévention et d'intervention contre la stigmatisation, la discrimination et la violence sont importants pour les raisons suivantes :

- ces stratégies forment un volet essentiel et universel de la programmation liée à la prévention et au traitement du VIH, et sont fondées sur des données concrètes indiquant que pour vaincre le VIH, il est indispensable d'assurer des environnements catalyseurs pour les populations clés ;
- les données sur l'expérience de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence que vivent les PUD peuvent étayer la planification et la conception de stratégies appropriées ;

Encadré 2.21

Exemple de cas : Plaidoyer pour accroître l'acceptation des Roms usagers de drogues

En 2012, l'ONG roumaine Carusel a développé un projet de plaidoyer pour sensibiliser l'Agence nationale pour les Roms (ANR) et autres grandes ONG roms à la situation de l'usage de drogues dans la communauté, en particulier concernant la vulnérabilité, la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontés les Roms usagers de drogues. Carusel a reconnu que, pour pouvoir développer la volonté et l'engagement politiques sur ces sujets, la première étape était l'acceptation de la communauté plus générale.

La stratégie de plaidoyer de Carusel consiste notamment à diffuser des messages clés sur les droits humains et la santé publique, à sensibiliser et former au développement de capacités et à organiser des visites de terrain pour recueillir des données, un travail de proximité auprès des dirigeants communautaires et la supervision des activités. Les PUD sont elles-mêmes impliquées dans toutes les activités du projet. Un programme de bourses aide les jeunes à aller à l'École d'été rom pour la réduction des risques afin d'y développer des capacités de sensibilisation et de plaidoyer en faveur de la réduction des risques.

Grâce à ce travail, l'ANR et les autres ONG roms comprennent mieux l'usage de drogues dans la communauté rom, et l'acceptation des usagers eux-mêmes s'est accrue. Les ONG roms fournissent une aide financière pour que Carusel puisse acheter le matériel de réduction des risques et apporter une expertise technique pour signaler les cas de violations des droits de tous les usagers de drogues. Les besoins des usagers de drogues roms – notamment les activités de réduction des risques appropriées sur le plan culturel – sont maintenant pris en compte dans la stratégie et les plans d'action de l'Agence nationale de lutte contre les drogues.

www.carusel.org

- le suivi régulier permet aux programmes de déterminer si les programmes et les interventions ont des effets inattendus (par exemple « réaction brutale ») ;
- les preuves de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence auxquelles sont confrontées les PUD constituent un précieux outil pour le plaidoyer visant à changer les lois et politiques et à créer un environnement favorable à la promotion des droits des PUD.

La publication 2015 de l'OMS *Tool to set and monitor targets for HIV prevention diagnosis, treatment and care for key populations* présente des indicateurs pouvant s'appliquer aux PUD dans le contexte des droits humains et des environnements catalyseurs. Les indicateurs proposés sont présentés ci-dessous :

Suivi de la stigmatisation et de la discrimination :

- pourcentage de PUD signalant faire l'objet de stigmatisation et de discrimination ;
- pourcentage des prestataires de service interrogés répondant qu'ils sont « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec une série de déclarations discriminatoires.

Évaluer le travail réalisé en matière de création d'un environnement catalyseur :

- implication des PUD dans l'élaboration des politiques et stratégies ;
- nombre de services offrant un soutien juridique aux usagers de drogues ;

- services de soutien proposés aux PUD ayant subi des violences ;
- formations de sensibilisation aux PUD destinées aux prestataires de soins de santé/agents des forces de l'ordre.

L'élaboration des indicateurs devrait être effectuée en consultant les communautés de PUD ou par ces dernières.

2.6 Pour aller plus loin

1. Document de politique générale – Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées : Ensemble complet de mesures d'intervention. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime, Organisation internationale du Travail, Organisation mondiale de la Santé.
2013. http://www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en
2. UNODC and the promotion and protection of human rights: a position paper. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime ; 2012.
http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Human_rights_position_paper_2012.pdf
3. De la coercition à la cohésion : Traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé, et non les sanctions. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime ; 2010.
https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion/Coersion_FRENCH.pdf
4. Training manual for law enforcement officials on HIV service provision for people who inject drugs. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime ; 2014.
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/LE_MANUAL_02.10.14.pdf
5. Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés - mise à jour 2016. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/fr>
6. Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida. OMS, ONUDC, ONUSIDA. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf
7. « Nothing about us without us »: greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: a public health, ethical, and human rights imperative. Toronto (ON) : Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute ; 2008.
<https://www.opensocietyfoundations.org/reports/nothing-about-us-without-us>
8. Legislating for health and human rights: model law on drug use and HIV/AIDS—Module 7: stigma and discrimination. Toronto (ON) : Canadian HIV/AIDS Legal Network ; 2006.
<http://www.aidslaw.ca/site/legislating-for-health-and-human-rights-model-law-on-drug-use-and-hivaids-module-7-stigma-and-discrimination>
9. Human rights documentation and advocacy: a guide for organizations of people who use drugs. New York (NY) : Open Society Institute ; 2009.
http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/hrdoc_20090218.pdf
10. Know it, prove it, change it: a rights curriculum for grassroots groups. Bangkok : Thai AIDS

Treatment Action Group, Dongjen Center for Human Rights Education and Action, Asia Catalyst ; 2010.

<http://asiacatalyst.org/resources/cbo-resources>

11. Manuel des principes fondamentaux et pratiques prometteuses sur les alternatives à l'emprisonnement Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime ; 2007.
https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Alternatives_emprisonment.pdf
12. Manuel pratique sur le renforcement des services juridiques liés au VIH. Rome : Organisation internationale de droit du développement (OIDD) et Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2009.
http://data.unaids.org/pub/manual/2010/20100308revisedhivrelatedlegalservicetoolkitwebversion_fr.pdf
13. Practical guide for civil-society HIV providers among people who use drugs: improving cooperation and interaction with law-enforcement officials. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime, International Network of People Who Use Drugs, Law Enforcement and HIV Network
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Practical_Guide_for_Civil_Society_HIV_Service_Providers.pdf
14. Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service-providers on gender-responsive HIV services. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime ; 2016.
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf



3

Les services
de santé et de
soutien



Table des matières

3.1	Introduction	68
3.2	Les programmes d'accès aux seringues	68
3.2.1	Les modes de délivrance des services	70
3.2.2	La mise en place des PAS pour les personnes incarcérées	72
3.3	Les traitements de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance à la drogue ayant fait leurs preuves	73
3.3.1	Les directives relatives au programme de TSO	73
3.3.2	La délivrance du traitement	75
3.3.3	Le TSO pour les femmes enceintes	77
3.3.4	Le TSO dans les prisons	78
3.3.5	Les interventions psychosociales et les autres traitements de la dépendance à la drogue ayant fait leurs preuves	78
3.4	Les services de dépistage du VIH	79
3.4.1	La préparation aux SDV	79
3.4.2	La délivrance des SDV	80
3.4.3	La prophylaxie pré-exposition (PrEP)	81
3.4.4	Les autres méthodes de dépistage	82
3.5	Le traitement antirétroviral	82
3.5.1	L'initiation du traitement	83
3.5.2	Le soutien à l'observance	83
3.5.3	La gestion des contre-indications	84
3.5.4	Surmonter les obstacles à l'accès des PUDI au traitement ARV	84
3.6	Les services liés aux infections sexuellement transmissibles	84
3.6.1	La conception des services liés aux IST	85
3.6.2	L'organisation des services liés aux IST	86
3.7	La santé sexuelle et reproductive et les droits associés	86
3.7.1	Le counselling en matière de planification familiale et de contraception	86
3.7.2	Le test de grossesse et les soins pré- et postnatals	87
3.7.3	L'interruption volontaire de grossesse et les soins post-avortement	89
3.7.4	Les soins médicaux pour les victimes d'agression sexuelle	89
3.7.5	Les services destinés aux personnes travailleuses du sexe usagères de drogues injectables	90
3.8	Les programmes d'accès aux préservatifs et lubrifiants pour les PUD et leurs partenaires sexuels	90

3.9	L'Information, éducation et communication ciblées	91
3.9.1	L'élaboration des supports d'IEC efficaces pour les PUDI	92
3.9.2	Les supports d'IEC et la mobilisation communautaire	93
3.10	La prévention, la vaccination, le diagnostic et le traitement des hépatites virales	93
3.10.1	La prévention	93
3.10.2	Le dépistage du VHB et du VHC	94
3.10.3	Le traitement	94
3.10.4	Les considérations pour la mise en œuvre	95
3.11	La prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose	97
3.11.1	Le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'infection tuberculeuse latente ...	97
3.11.2	Le traitement	99
3.11.3	Le soutien à l'observance	100
3.11.4	Le traitement de la tuberculose dans les prisons	101
3.11.5	Le contrôle de l'infection tuberculeuse	101
3.12	La prévention et la prise en charge des overdoses.....	101
3.12.1	La prévention.....	101
3.12.2	Les interventions pour améliorer l'accès à la naloxone.....	102
3.12.3	Les étapes pour mettre en œuvre un programme de distribution de naloxone ...	103
3.13	Les services psychosociaux	104
3.14	Pour aller plus loin	104

Ce que contient ce chapitre

Ce chapitre présente la façon de mettre en œuvre l'ensemble de services de santé recommandés pour les personnes usagères de drogues (PUD). Les services abordés dans ce chapitre sont :

- les programmes d'accès aux seringues (section 3.2) ;
- le traitement de substitution aux opiacés et autres programmes liés à la dépendance à la drogue ayant fait leurs preuves (section 3.3) ;
- les services de dépistage du VIH (section 3.4) ;
- le traitement antirétroviral (section 3.5) ;
- les services liés aux infections sexuellement transmissibles (section 3.6) ;
- la santé sexuelle et reproductive (section 3.7) ;
- les programmes d'accès aux préservatifs et lubrifiants (section 3.8) ;
- l'information, l'éducation et la communication (section 3.9) ;
- la prévention, la vaccination, le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale (section 3.10) ;
- la prévention, le dépistage et le traitement de la tuberculose (section 3.11) ;
- la prévention et la prise en charge des overdoses (section 3.12) ;
- les services psychosociaux (section 3.13).

Le chapitre fournit aussi une liste de **ressources pour aller plus loin** (section 3.14)

3.1 Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ont défini une action de santé publique ayant fait ses preuves destinée aux personnes usagères de drogues en injection (PUDI), avec un ensemble complet de neuf interventions dans un guide technique publié en 2009 et révisé en 2012¹. Cet ensemble de mesures de réduction des risques s'est depuis développé² pour intégrer les interventions suivantes :

1. les programmes d'accès aux seringues (PAS).
2. le traitement de substitution aux opiacés (TSO) et autres programmes de traitement de la dépendance à la drogue ayant fait leurs preuves.
3. les services de dépistage du VIH (SDV).
4. le traitement antirétroviral (ARV) pour les personnes vivant avec le VIH.
5. la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) (et les services de santé sexuelle et reproductive).
6. les programmes d'accès aux préservatifs pour les PUD et leurs partenaires sexuels.
7. l'information, l'éducation et la communication ciblées (IEC).
8. la prévention, la vaccination, le diagnostic et le traitement des hépatites virales B et C.
9. la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose.
10. la distribution communautaire de naloxone pour la prévention et le traitement des overdoses d'opiacés.

Lors du recensement des communautés de PUD réalisé avant l'établissement des services, il convient de recueillir également des données sur la disponibilité et la qualité des services de réduction des risques, l'utilisation actuelle des services, leur acceptabilité et leur accessibilité. Ces informations peuvent servir à déterminer les besoins en matière de services et à élaborer un plan pour améliorer les services existants ou pour en établir de nouveaux pour les PUDI. Pour de plus amples informations sur le recensement, voir la section 5.2.1 du chapitre 5.

3.2 Les programmes d'accès aux seringues

La distribution de matériel d'injection stérile par le biais des programmes d'accès aux seringues permet de réduire efficacement la transmission du VIH et des hépatites B et C. Les PAS facilitent l'utilisation de seringues stériles et réduisent le nombre d'injections effectuées avec un matériel non stérile ou usagé. Les PAS se sont révélés efficaces et économiques et n'ont pas entraîné d'augmentation de l'usage ou de l'injection de drogues³. Les PAS ne devraient pas être gérés de manière isolée : une approche pluridisciplinaire est essentielle. Les PAS constituent également des points d'entrée importants vers d'autres services de santé et sociaux pour les PUDI, services qu'elles auraient sinon hésité à utiliser.

Les PUDI jouent un rôle essentiel dans la conception, les services proposés et la mise en œuvre des PAS. En tant que pairs, elles peuvent attirer des personnes qui auraient sinon pu se montrer

1 *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 2012 revision.* Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013.

2 *Lignes directrices unifiées relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins de l'infection à VIH pour les populations clés – mise à jour 2016.* Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.

3 L'usage de drogues se réfère à l'usage de substances psychoactives à des fins non médicales, qu'elles soient illicites, réglementées ou prescrites.

réticentes à utiliser les services. De plus, elles peuvent distribuer des seringues aux groupes difficiles à atteindre. Il est recommandé d'inclure des pairs dans la composition du personnel des PAS.

Les besoins en seringues seront différents selon la substance injectée. Les personnes qui consomment de la cocaïne peuvent effectuer jusqu'à 20 injections par jour pendant quelques jours puis arrêter pendant un ou deux jours. Alors que les personnes qui consomment de l'héroïne tendent à effectuer une injection une à trois fois par jour.

D'après la meilleure pratique, les caractéristiques des PAS sont les suivantes :

- ils sont à bas seuil d'exigence, il est facile de s'y inscrire, ils sont axés sur la réduction des risques et ils attirent activement les clients vers les services ;
- ils proposent gratuitement une gamme de produits de base (voir l'encadré 3.1) ;
- ils impliquent les membres de la communauté⁴ dans la sélection et la distribution des produits de base ;
- ils n'imposent pas un strict échange de seringues, un strict échange signifiant que les clients sont tenus de rapporter le matériel usagé pour pouvoir recevoir un matériel d'injection neuf (ce modèle augmente le risque de partage de seringues et n'est pas recommandé) ;
- ils ne limitent pas le nombre d'aiguilles et de seringues fournies et n'interdisent pas la distribution secondaire ;
- ils proposent d'autres services de soutien et de soins délivrés par un personnel qualifié, comme les soins médicaux sur place et des informations sur la préservation de la santé (par exemple le soin des veines et le traitement des abcès) ;
- ils s'accompagnent d'un protocole de destruction sûr pour prévenir les risques d'accident (y compris pour les personnes de la communauté plus large) liés au matériel d'injection usagé jeté ;
- Ils prennent en charge les overdoses, en s'assurant que l'ensemble du personnel est formé aux techniques de réanimation en cas d'overdose et en fournissant de la naloxone aux personnes qui s'injectent des opiacés, à leurs familles et aux membres de la communauté plus large (voir la section 3.12) ;
- ils saisissent toutes les occasions qui se présentent pour discuter des risques individuels avec les PUDI, des opportunités de réduire les risques et des services de réduction des risques existants ;
- lorsque cela est possible, ils sont intégrés à d'autres services et orientent les individus vers un traitement de la dépendance à la drogue, une assistance juridique, des conseils familiaux et d'hébergement et des lieux d'injection à moindres risques, lorsque ceux-ci existent, ainsi que vers des services de dépistage du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite virale (voir également la section 4.2.2 du chapitre 4) ;
- ils évaluent de manière continue les résultats pour comprendre l'évolution des besoins de leurs clients.

4 Dans cet outil, le terme « communauté » se réfère le plus souvent à des populations de PUDI, plutôt qu'aux groupes géographiques, sociaux ou culturels plus larges dont elles peuvent faire partie. Les gens peuvent entrer dans l'usage de drogues injectables ou en sortir à différents moments de leur vie mais peuvent maintenir un lien avec la communauté. Les « membres de la communauté » sont ainsi les PUDI ou les personnes intégrées à la communauté, les « interventions auprès de la communauté » sont les actions auprès des PUDI et les « interventions menées par la communauté » sont les interventions menées par les PUDI ou les personnes intégrées à la communauté. Pour une définition plus précise, voir l'encadré 1.1 du chapitre 1.

Le *Guide to starting and managing needle and syringe programmes* (2007) de l'OMS décrit de manière détaillée comment mettre en place et gérer un PAS.

Encadré 3.1

Quels produits de base un PAS devrait-il fournir ?

Au minimum, un PAS fournit des seringues stériles aux PUDI. Les types (calibre et volume) devraient être ceux privilégiés par les populations locales de PUDI. Si cela est faisable, possible et acceptable pour la communauté des PUDI, les PAS devraient également fournir des seringues à espace mort faible (SEMF – voir l'encadré 3.3). Il n'est pas recommandé d'utiliser des seringues autobloquantes dans le cadre des PAS. Les PAS devraient également fournir un ensemble de produits de base associés, essentiels à la prévention de l'hépatite C (VHC), à savoir :

- des préservatifs et des lubrifiants ;
- des filtres ;
- de l'eau stérile ;
- des tampons d'alcool ;
- des compresses ;
- des cuillères ;
- des conteneurs résistants aux perforations ;
- des acidifiants ;
- des garrots.

Les programmes devraient aussi distribuer des supports d'IEC et les adresses des services sanitaires et sociaux pertinents, et disposer de naloxone pour prendre en charge les overdoses.

3.2.1 Les modes de délivrance des services

Il existe deux modes fondamentaux pour dispenser les services des PAS : des sites fixes et des services mobiles. Nombre des PAS les plus efficaces gèrent les deux.

Un **site fixe** est un lieu où les PUDI peuvent venir chercher du matériel d'injection neuf, détruire les seringues usagées et éventuellement avoir recours à d'autres services. Les sites fixes sont notamment :

- **les lieux d'accueil** : dans ces lieux, les PUDI peuvent accéder à un ensemble de services de réduction des risques parallèlement au PAS (voir la section 4.6 du chapitre 4) ;
- **un programme d'accès aux seringues fixe** : s'il n'existe pas de lieu d'accueil, un lieu de distribution permet de mettre en place ou d'étendre un PAS à des coûts et ressources moindres ;
- **les pharmacies** : dans de nombreux endroits, les pharmacies constituent une ressource pour les PAS et peuvent mettre les clients en relation avec les services de réduction des risques plus généraux (voir l'encadré 3.2) ;
- **d'autres points de vente secondaires**, comme les magasins et les cafés, peuvent servir de points de distribution des PAS dans les zones où les taux d'usage de drogues sont élevés ;

- **les distributeurs automatiques** sont une solution pratique dans les lieux publics ou semi-publics où les personnes s'injectent des drogues, comme les passages souterrains ou les toilettes publiques ;
- **les structures de traitement de la dépendance à la drogue** devraient fournir un accès à des seringues stériles distribuées par un personnel dédié.

Encadré
3.2

Exemple concret :
Le recours aux pharmacies pour étendre un PAS en Ukraine

En Ukraine, l'Alliance for Public Health (anciennement International HIV/AIDS Alliance) a impliqué un certain nombre de pharmacies comme points secondaires pour distribuer du matériel d'injection, d'autres produits de prévention et donner des informations aux personnes qui étaient réticentes à contacter des services de réduction des risques spécialisés. Dans certaines régions d'Ukraine, la participation des pharmacies a permis au programme d'augmenter la couverture globale de 10 % au cours de la première année. En 2015, on comptait 97 pharmacies impliquées dans cette offre de services en Ukraine, donnant accès au PAS à près de 22 000 PUD sur l'année.

Les services mobiles sont dispensés depuis un camion, un bus, une moto ou autre véhicule ou par des personnes se déplaçant à pied. Un itinéraire régulier est généralement suivi à des horaires réguliers, avec des arrêts pour distribuer les produits de base dans plusieurs lieux fréquentés par les PUD.

- **Les dispensaires mobiles** : il est possible d'étendre un PAS mobile pour intégrer des services et des examens médicaux, notamment les SDV et une orientation vers des programmes de traitement. En parallèle, les dispensaires mobiles existants peuvent commencer à distribuer des seringues.
- **Travail de proximité/sac à dos** : les travailleurs sillonnent les rues ou se rendent dans d'autres structures pour distribuer des seringues stériles et autres produits de base, et collecter le matériel d'injection usagé afin qu'il soit détruit sans risque.
- **Distribution secondaire de seringues** : le recours à des réseaux de PUD est efficace pour attirer de nouveaux clients dans les PAS, par exemple en donnant à un client actif un grand nombre de seringues afin qu'il les distribue à ses pairs. Cela permet aussi aux personnes qui ne souhaitent pas se montrer ou qui ne peuvent pas venir jusqu'au service d'obtenir du matériel d'injection stérile.

Tous les PAS doivent établir un protocole relatif au transport et à la destruction du matériel d'injection usagé. Ce matériel peut représenter un risque sérieux pour le personnel et la population générale, et le PAS devrait se considérer comme responsable de toutes les étapes du processus de destruction, de la collecte du matériel usagé auprès des clients à sa destruction définitive, si possible dans une structure de gestion des déchets médicaux. Il est important que les PAS prennent des dispositions pour que les personnes puissent restituer ou déposer facilement leurs seringues usagées. Ils peuvent par exemple installer des containers de collecte sûrs dans les zones stra-

tégiques. Non seulement cela est essentiel en termes de santé publique, c.-à-d. pour éviter les piqûres accidentelles, mais cela favorise aussi l'acceptabilité de la réduction des risques par la communauté plus générale.

Bien qu'il convienne de toujours encourager les clients du PAS à restituer le matériel d'injection usagé au PAS ou au service mobile, la restitution du matériel d'injection usagé ne devrait pas être une condition à la distribution d'un matériel neuf. Certains clients de PAS pourraient ne pas être capables de transporter sans danger le matériel usagé, ou ils pourraient courir le risque d'être fouillés et arrêtés par la police. L'objectif premier du PAS est de fournir un matériel stérile pour réduire la réutilisation du matériel d'injection et garantir sa destruction sans risque. Il est essentiel de réduire au minimum tous les obstacles ou les conditions préalables à cette distribution.

Encadré
3.3

**Exemple concret :
L'amélioration de la couverture des SEMF au Vietnam**

Les seringues à espace mort faible (SEMF) sont conçues pour réduire la quantité de sang restant dans la seringue après avoir poussé le piston de la seringue jusqu'au bout. Des études ont indiqué que cette différence d'espace mort réduisait la survie du VHC et du VIH dans le sang restant dans les seringues, ce qui permet de diminuer la transmission de ces virus. L'OMS recommande aux PAS de distribuer des SEMF aux PUDI (*Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs* [2012]).

Au Vietnam, les SEMF sont l'instrument privilégié de la majorité des PUD à Hô-Chi-Minh-Ville et quelques autres localités, mais elles ne sont pas aisément disponibles dans les régions du centre et du nord du pays. Healthy Markets, une initiative de l'Agence des États-Unis pour le développement international et de l'ONG Path, travaille avec des fabricants locaux et internationaux pour que les SEMF soient plus largement disponibles, en particulier dans les zones où le nombre de nouvelles infections à VIH est en hausse en raison du partage du matériel d'injection. Cette initiative s'efforce entre autres de diminuer le prix des SEMF, qui coûtent actuellement quatre à cinq fois le prix des seringues à espace mort élevé. L'initiative aidera aussi les fabricants locaux à respecter les normes ISO pour pouvoir vendre les SEMF au gouvernement et à l'étranger.

3.2.2 La mise en place des PAS pour les personnes incarcérées

La distribution de seringues dans les prisons se fait notamment par le biais de distributeurs automatiques, d'un travail de proximité dans les prisons effectué par les travailleurs d'une organisation non gouvernementale (ONG) ou les codétenus, ou par le biais du personnel soignant de la prison. Pour de plus amples informations, voir la publication de l'ONU DC *Handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings* (2014).

Encadré
3.4**Exemple de cas : PAS et TSO dans les prisons en Moldavie**

Les PAS sont opérationnels dans les prisons en Moldavie depuis 1999 grâce à des réglementations autorisant les seringues dans les prisons en tant que matériel médical dans le cadre du programme national de lutte contre le VIH, et les TSO ont été introduits en 2005. Les PAS sont gérés par des codétenus pairs bénévoles en collaboration avec le personnel soignant. Les PAS servent également à distribuer des préservatifs, des supports d'IEC et à assurer une prise en charge des overdoses. Tous les bénévoles ont été formés aux premiers secours, et la naloxone est disponible dans tous les sites de PAS. Grâce au programme, la prévalence du VIH et du VHC parmi les détenus a diminué de plus de 50 % sur une période de cinq ans.

3.3 Les traitements de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance à la drogue ayant fait leurs preuves

Le traitement de la dépendance à la drogue combine généralement différentes modalités de traitement, mais les approches peuvent être regroupées en deux catégories : psychosociale et pharmacologique. Les approches pharmacologiques peuvent être subdivisées en plusieurs catégories : la désintoxication, la prévention des rechutes et les traitements pour atténuer l'état de manque et réduire l'usage de drogues. À l'heure actuelle, aucun traitement médicamenteux approuvé n'est disponible pour traiter la dépendance à la cocaïne, au crack ou aux stimulants de type amphétamine (STA). De façon générale, les interventions psychosociales devraient faire partie d'un traitement complet de la dépendance à la drogue.

Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) s'est révélé être le traitement de la dépendance à la drogue le plus efficace pour prévenir le VIH chez les PUDI et qui sont dépendantes aux opiacés. Le TSO est un traitement médical efficace, sûr et économique qui a également montré qu'il réduisait la fréquence des injections d'héroïne et autres opiacés et les risques associés d'overdose, d'infection et de transmission de virus transmissibles par le sang, ainsi que l'activité criminelle. De plus, le TSO est efficace pour encourager l'observance du traitement ARV par les personnes qui vivent avec le VIH et l'observance du traitement antituberculeux.

Quand le TSO n'est pas disponible, ou dans les cas où il n'y a pas de dépendance aux opiacés mais à des drogues comme la cocaïne ou les STA, les seules possibilités de traitement sont des interventions psychosociales et la prise en charge de l'état de manque (voir la section 3.3.5). Cependant, celles-ci sont moins efficaces en termes de prévention du VIH chez les PUDI. Pour de plus amples informations, voir la publication 2016 de l'OMS *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings—version 2.0 (2016)* et *Technical briefs on amphetamine-type stimulants (ATS) du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental*.

3.3.1 Les directives relatives au programme de TSO

Pour atteindre une couverture optimale et les meilleurs résultats possible, le TSO devrait être accessible à toute personne ayant besoin du traitement et répondant aux critères d'éligibilité, que la PUD pratique l'injection ou non, et doit être dispensé gratuitement ou à un prix abordable ou

couvert par une assurance de santé publique. Le TSO peut être dispensé dans des structures de soins de santé primaires ou dans des services de consultation externe spécialisés. Une phase d'induction au cours de laquelle le dosage est progressivement augmenté, associée à une surveillance médicale pendant deux semaines, est recommandée. La recherche indique que le TSO de long terme à des dosages plus élevés est plus efficace que les programmes de court terme ciblant une désintoxication, et les protocoles de traitement devraient adopter une perspective de long terme. Pour de plus amples informations, voir la publication de l'OMS : *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence* (2009).

Encadré
3.5

Le TSO comme traitement global

Offrir une aide avec une intégration sociale : le counselling individuel ou de groupe et les groupes d'autosupport peuvent aider les clients du TSO à développer des compétences de communication et de sensibilisation. Les groupes de soutien par les pairs ont également constitué une ressource émotionnelle importante pour les PUDI dans de nombreux contextes.

Travailler avec des défenseurs pairs afin que les services prennent en compte les avis des clients : les organisations locales dirigées par des PUDI peuvent aider les prestataires de TSO à fournir des informations aux PUDI, aux clients des TSO, aux parents et membres de la famille ainsi qu'aux médecins et à la population générale. Elles peuvent aussi former les utilisateurs au niveau local pour devenir des défenseurs pairs des TSO ou assurer les permanences téléphoniques d'information.

Travailler avec les membres des familles pour établir un environnement favorable : pour assurer l'efficacité des TSO et la qualité de vie des clients, les programmes devraient offrir des services psychosociaux et sociaux aux familles et aux amis des participants au programme (et en particulier aux enfants, pour s'assurer qu'ils restent avec leurs parents et familles lorsque cela est possible). Il est cependant essentiel que les clients puissent faire valoir leur droit à la confidentialité.

Plaider pour les TSO et les droits des clients : il est important de participer au plaidoyer en faveur des droits des clients à accéder à un TSO de qualité et de long terme et aux programmes étendus. Le plaidoyer des prestataires du programme peut être exercé conjointement à celui des réseaux de pairs et des groupes de familles, qui peuvent aussi contribuer à mener des campagnes nationales en faveur de l'accès au traitement.

Besoins en personnel et travail d'équipe

Les programmes devraient développer un protocole clinique fondé sur les lignes directrices nationales ou celles de l'OMS. Bien que les prescriptions nécessitent généralement une ordonnance des médecins, les TSO peuvent être dispensés par des pharmaciens ou du personnel soignant et infirmier ou dans les centres de santé communautaires, en fonction des lois nationales. Un travail de proximité et un soutien communautaires devraient également être fournis (voir le chapitre 4).

Créer un environnement accueillant

Traiter les clients de manière respectueuse et digne et faire en sorte que le centre de santé soit aussi agréable et paisible que possible rendront le processus de visites répétées au centre plus tolérable pour les clients, et contribueront à la sécurité du personnel. L'installation de barrières ou d'écrans pour séparer les clients des prestataires de services engendre inévitablement une méfiance. La même attention doit être portée aux aménagements extérieurs du centre de santé. La signalisation à l'extérieur du bâtiment devrait être discrète pour ne pas attirer l'attention et assurer l'anonymat des clients.

3.3.2 La délivrance du traitement

Critères d'admissibilité

Les critères pour commencer un TSO diffèrent considérablement selon les programmes et les pays, et peuvent notamment être : l'âge minimum, la durée de la dépendance aux opiacés, la santé physique et mentale et la motivation personnelle. Le TSO est indiqué pour les personnes dépendantes aux opiacés (y compris les personnes qui ne se les injectent pas), qui peuvent fournir un consentement éclairé et pour lesquelles il n'existe aucune contre-indication spécifique. La plupart des programmes réussis sont à bas seuil d'exigence, c.-à-d. qu'il est facile de s'y inscrire, qu'ils sont centrés sur la réduction des risques, qu'ils proposent une large gamme d'options de traitement et sont proactifs pour attirer les PUDI vers les services.

Encadré 3.6

Les principes clés du TSO

La poursuite du traitement : l'usage de drogues illicites ne devrait jamais justifier l'exclusion du programme d'un client sous TSO. Cet usage pourrait indiquer la nécessité d'ajuster médicalement le traitement. Le dosage médicamenteux ne doit cependant jamais être ajusté pour récompenser ou sanctionner un comportement.

La sécurité : le programme de TSO devrait garantir la sécurité des clients, du personnel et la sûreté du traitement. Des informations claires devraient être données aux clients sur les règles et réglementations au sein du centre.

L'ouverture et la souplesse : les règles et réglementations relatives à l'entrée et au maintien dans le TSO ne devraient pas être excessivement contraignantes pour le client. Les temps d'attente prolongés, la limitation des heures de délivrance du traitement et le test d'urine obligatoire ne sont pas recommandés. Une bonne pratique consiste à proposer un traitement le jour même de l'enregistrement.

Le respect : les soins de qualité non stigmatisants et non discriminatoires constituent un pilier d'un traitement efficace et régi par des principes.

Choix de l'approche en matière de traitement

L'OMS recommande le TSO essentiellement pour un traitement d'entretien à long terme. La méthadone et la buprénorphine sont sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS pour le traitement des états de dépendance. Pour couvrir les différents besoins des clients, il est recommandé de disposer des deux médicaments dans le cadre du TSO.

Certaines personnes usagères d'opiacés ne réagissent pas, et ce de façon répétée, à la méthadone et à la buprénorphine. Dans quelques pays, la prescription de morphine et/ou de diacéylmorphine injectable (héroïne pharmaceutique) est proposée aux clients difficiles à traiter. Le traitement est dispensé sous une surveillance médicale directe pour garantir la sécurité et éviter les détournements. La recherche indique que ce traitement peut améliorer la santé et le bien-être des membres de ce groupe, notamment améliorer leur fonctionnement social.

Pour les personnes dépendantes aux opiacés et atteintes de tuberculose, d'hépatite virale B (VHB) ou C (VHC), ou d'une infection à VIH, il est recommandé d'administrer des agonistes des opiacés conjointement au traitement médical. Il n'est pas nécessaire d'attendre l'arrêt de l'usage des opiacés pour commencer le traitement de ces maladies. Les services de traitement devraient proposer une vaccination contre l'hépatite B à tous les clients dépendants aux opiacés (qu'ils participent ou non aux programmes de TSO). Les structures de soins qui dispensent des TSO devraient proposer un dépistage du VIH et mettre en route et maintenir un traitement ARV pour toutes les personnes vivant avec le VIH, selon les directives nationales.

Pour de plus amples informations sur les approches en matière de traitement, voir la publication de l'OMS : *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence* (2009).

Encadré 3.7

Les étapes du traitement à la méthadone

L'accueil par un membre du personnel

Enregistrement administratif des informations personnelles
Vérification des critères d'éligibilité de l'individu (le cas échéant)

L'admission médicale par le médecin

Évaluation de la dépendance aux opiacés par le biais :

- d'un entretien individuel ;
- d'une évaluation médicale ;
- d'une évaluation du niveau de dépendance.

Le protocole de traitement

- Induction et calcul de la dose de départ (si les symptômes de sevrage réapparaissent, une dose supplémentaire sera fournie)
- Surveillance du patient pendant quelques heures pour vérifier que la dose initiale est correcte
- Délivrance au patient d'informations détaillées sur le traitement et sur les risques d'usage d'autres drogues
- Dans le cas de comorbidité, liaison avec les services médicaux compétents
- Phase de stabilisation pour adapter la posologie

Source : Verster A, Buning E. *Methadone guidelines*. Amsterdam : Euro-Methwork ; 2000.

Doses à emporter

Bien qu'une période de surveillance avec une adaptation progressive du dosage soit essentielle pour une phase d'induction sans risque, il existe de solides arguments pour initier la délivrance de doses à emporter lorsque les clients sont stables ou qu'une surveillance quotidienne empêcherait de travailler, d'étudier ou de s'occuper de leurs enfants. Les doses à emporter peuvent être données aux clients quand on considère que les bénéfices d'une fréquentation réduite du service l'emportent sur le risque de détournement. Les clients devraient être responsables de l'usage de leurs médicaments conformément aux recommandations médicales.

Encadré 3.8

Exemple concret : Le plaidoyer pour les programmes de TSO en Ukraine

En Ukraine, des efforts de plaidoyer pour améliorer l'accès au TSO sont menés depuis 2008 par l'ONG Nadiya ta Dovira (« Espoir et Confiance »), une organisation de parents de patients sous TSO et de PUDI, travaillant avec l'Association of Substitution Therapy Advocates of Ukraine (ASTAU). Face à l'opposition relativement importante au développement des TSO et à la stigmatisation à l'égard des militants issus de la communauté des PUD, Nadiya ta Dovira a mis en place une permanence téléphonique nationale d'information sur les TSO et mené une campagne de plaidoyer en utilisant des brochures d'information, des vidéos, des formations et des interventions télévisées, qui ont contribué à la révision de la loi sur l'accès au TSO, et en plaidant avec succès pour l'ouverture de 12 nouveaux sites de TSO.

La réussite d'Espoir et Confiance a été facilitée par le statut social dont bénéficient les parents dans un pays aux valeurs familiales traditionnellement fortes, et par l'influence de quelques membres qui étaient connus et respectés au sein de leurs communautés. En partie grâce à ce travail de plaidoyer, le nombre de patients sous TSO en Ukraine a presque quadruplé entre 2008 et 2015, pour atteindre 8 300, et le nombre de sites de TSO a triplé sur la même période, passant à 167.

Astau et Nadiya ta Dovira ont collaboré pour convaincre les autorités d'autoriser les doses à emporter dans le cadre d'un TSO. Ces services ont permis de sauver la vie de nombreuses personnes au diagnostic complexe. Un mandataire (représentant le client), approuvé par le médecin traitant du client, peut venir chercher les médicaments. Dans le cas d'une délivrance intra-institutionnelle, le personnel communique avec les structures de traitement de la dépendance pour obtenir les doses nécessaires pour aider les patients hospitalisés qui suivent un traitement.

3.3.3 Le TSO pour les femmes enceintes

Les femmes enceintes qui commencent ou suivent déjà un TSO d'entretien devraient être encouragées à poursuivre le traitement pendant leur grossesse. Le TSO de long terme est considéré comme la meilleure option sur le plan médical, et les femmes doivent être informées des risques possibles si elles optent pour la désintoxication lors de la grossesse. Il n'est pas inhabituel de devoir augmenter le dosage des médicaments au cours de la grossesse en raison de la prise de poids et

autres changements physiologiques. Des liens vers d'autres services médicaux et sociaux devraient être établis pour les clientes enceintes. Pour de plus amples informations, voir la publication de l'OMS : *Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (2014).

3.3.4 Le TSO dans les prisons

Les détenus sous TSO avant leur incarcération devraient pouvoir le poursuivre lorsqu'ils sont en prison et après leur libération. Le moment de l'arrestation et de l'incarcération des personnes sous TSO est critique pour la poursuite du traitement. Pour éviter une interruption du traitement, un bon système de communication doit être établi entre les services médicaux en détention et les services dans la communauté qui prescrivent ou dispensent un TSO. Par exemple, à leur sortie de prison, les personnes sous TSO peuvent se voir remettre une fiche signée par la personne ayant prescrit le traitement, indiquant le traitement, le dosage et les coordonnées d'un prestataire de services de TSO dans la communauté dans laquelle elles retournent. Pour de plus amples informations, voir la section 4.2.1 du Chapitre 4.

Pour de plus amples informations sur l'offre de TSO dans les prisons, voir la publication de l'OMS : *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings* (2009).

3.3.5 Les interventions psychosociales et les autres traitements de la dépendance à la drogue ayant fait leurs preuves

Les interventions brèves : information et counselling

L'objectif principal des interventions brèves est de donner des informations sur l'usage de substances, les risques pour la santé et la façon de réduire ces risques, notamment par l'utilisation de préservatifs et en évitant de partager le matériel d'injection. L'information et le counselling peuvent être délivrés par des conseillers ou des psychologues formés, par des conseillers pairs formés dans les lieux d'accueil ou par le biais d'un travail de proximité (voir le chapitre 4).

La thérapie comportementale et cognitive (TCC)

Les interventions comportementales favorisent l'adoption d'une attitude et d'un mode de vie qui protègent la santé grâce à l'adoption de comportements à moindres risques, et renforcent les compétences d'adaptation aux facteurs qui pourraient déclencher des comportements à risques ou une rechute dans le cas de l'abstinence. La TCC comprend une psychothérapie et un soutien psychosocial dispensé par un clinicien formé. La TCC peut être dispensée en plus du TSO ou dans le cadre d'un traitement fondé sur l'abstinence.

La prise en charge du sevrage

La prise en charge du sevrage se réfère à la fourniture de soins médicaux et psychologiques aux personnes présentant des symptômes de sevrage dus à l'arrêt ou à la réduction de l'usage de drogues. Dans les contextes où le TSO n'est pas proposé, ou dans les cas de dépendance à des substances non opiacées, un traitement symptomatique devrait être dispensé pour réduire la douleur et la gêne occasionnées par l'état de sevrage. Pour des conseils cliniques, voir la publication de l'OMS : *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings* (2009).

Il est important que les personnes sachent que le sevrage entraîne des niveaux de tolérance moindres, et que si elles consomment de nouveau des drogues à leur dose habituelle après une période de sevrage, il existe un risque accru d'overdose. Pour cette raison, la prise en charge du sevrage devrait être réalisée en lien avec d'autres programmes de soutien psychosocial.

Pour de plus amples informations sur toutes les interventions psychosociales, veuillez vous référer à la publication de l'OMS : *mhGAP intervention guide–version 2.0* (2016).

3.4 Les services de dépistage du VIH

Les services de dépistage du VIH (SDV) constituent un point d'entrée vers les services de prévention du VIH et sont essentiels pour la prise en charge et le traitement vital des personnes vivant avec le VIH. En combinant le counselling à la connaissance du statut VIH, les SDV peuvent aider à mettre les personnes en contact avec les services de réduction des risques pour prévenir la transmission du VIH, tandis que les personnes vivant avec le VIH peuvent accéder à un counselling de soutien, un traitement ARV et à la prise en charge des infections opportunistes.

Les SDV devraient faire partie d'un programme intégré de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH. Les services devraient respecter les 5 principes suivants : consentement, confidentialité, counselling, exactitude des résultats du test et lien avec les services de suivi. Voir aussi la publication de l'OMS : *Lignes directrices unifiées relatives aux services de dépistage du VIH* (2015). La recherche et les pratiques sur les différents aspects des SDV évoluant rapidement, il est recommandé que les concepteurs de programme consultent l'OMS pour obtenir les lignes directrices les plus récentes.

Il est possible d'effectuer les tests de dépistage rapide du VIH dans la communauté ou dans des structures médicales, en prélevant un échantillon de sang sur le doigt (sang total) ou en effectuant un frottis buccal (échantillon de salive). Cela peut être plus acceptable pour les PUDI, chez qui les prises de sang peuvent être difficiles à réaliser. Les tests rapides du VIH peuvent être effectués hors des structures médicales par un bénévole non professionnel formé ou un travailleur de proximité pair⁵, ou avec son aide (voir aussi la section 3.4.4).

3.4.1 La préparation aux SDV

Sensibilisation communautaire et création de la demande

- Les membres de la communauté devraient être informés des bénéfices associés à la connaissance de leur statut VIH et de la disponibilité d'un traitement efficace s'ils sont diagnostiqués séropositifs.
- Des informations sur les lieux où les PUD peuvent bénéficier de SDV peuvent être diffusées par le biais des programmes de réduction des risques, des structures médicales, des centres de réhabilitation, des permanences téléphoniques et des forums en ligne de PUDI.

5 Un travailleur de proximité pair est un terme utilisé pour désigner une PUDI, ou une personne intégrée à la communauté, qui mène des actions de proximité auprès d'autres PUDI, et qui ne travaille généralement pas à temps plein dans un projet de prévention du VIH (le personnel à temps plein pourrait être dénommé « personnel de proximité » ou simplement « travailleurs de proximité »). Les travailleurs de proximité pairs peuvent également être appelés « éducateurs pairs », « travailleurs de proximité communautaires » ou « travailleurs de proximité ». Cependant, les termes « pairs » ou « communauté » ne devraient pas être compris ni utilisés pour suggérer des qualifications ou des compétences moindres que celles du personnel de proximité.

3 Les services de santé et de soutien

- Les PUDI devraient être informées de leur droit à la confidentialité et au consentement et de leur droit de refuser un test de dépistage du VIH si elles le décident.

Offre et localisation des services

Les SDV peuvent être fournis en divers endroits, notamment sur les itinéraires des actions de proximité, dans les unités mobiles ou les sites de dépistage temporaires, dans les lieux d'accueil, les programmes d'accès aux seringues (PAS) fixes, les structures de SDV spécialisées et de santé, ainsi qu'à domicile. Les structures communautaires peuvent être plus attrayantes et accessibles que les établissements de soins. Le lieu et le moment du SDV doivent répondre aux besoins et demandes des PUDI. Dans certains contextes, cela peut signifier la réalisation des services le soir ou le week-end, ou à domicile par le biais d'autotests (voir la section 3.4.4).

3.4.2 La délivrance des SDV

Les informations à communiquer avant le test

Les informations à communiquer avant le test peuvent être données individuellement ou en groupes et devraient :

- comprendre des informations de base sur le VIH et des informations sur le processus de dépistage du VIH ;
- s'assurer que le dépistage est volontaire ; le dépistage forcé ou coercitif n'est jamais justifié ;
- s'assurer que le client comprend que le résultat du test est confidentiel et ne sera pas communiqué sans son consentement explicite ;
- comprendre des informations sur la prévention après le test, le traitement ARV et les services de counselling et de soutien.

Veillez noter que les évaluations individuelles des risques et le counselling intensif pendant la session d'informations organisée avant le test ne sont plus recommandés par l'OMS, car la plupart des personnes reçoivent leurs résultats le jour même du test, et la perspective d'un counselling intensif peut être un obstacle à l'utilisation des SDV.

L'assurance de l'exactitude des résultats

Pour des informations spécifiques sur la façon d'effectuer correctement les tests rapides d'orientation diagnostique du VIH et interpréter les résultats du test, et sur la façon d'utiliser la stratégie et l'algorithme de dépistage du VIH selon le contexte et les directives nationales, veuillez vous référer à la publication de l'OMS : *Consolidated guidelines on HIV testing services* (2015). Il est important que les programmes utilisent la bonne stratégie de dépistage pour les contextes à faible prévalence (< 5 %) ou à prévalence élevée (> 5 %) avec les tests rapides d'orientation diagnostique appropriés, conformément aux algorithmes nationaux de dépistage.

La formation, le soutien et la supervision des personnes délivrant les SDV sont essentiels pour garantir l'exactitude des résultats du test.

Le counselling post-test

Ce counselling est dispensé quand les résultats du test sont prêts à être communiqués au client. Des informations sur ce qu'il convient de faire pendant la session de counselling organisée après le

test se trouvent dans la publication de l'OMS : *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte* (2010).

Tous ceux qui sont diagnostiqués séronégatifs, y compris les PUDI, devraient recevoir des informations sur la réduction des risques spécifiques à leurs risques individuels, avoir un accès à des préservatifs et lubrifiants, à des aiguilles et des seringues, et à des conseils et stratégies pour négocier des rapports sexuels à moindres risques. Ils devraient être conseillés sur les bénéfices du dépistage de leurs partenaires.

Les PUD qui sont diagnostiquées séropositives devraient se voir proposer une orientation immédiate vers des soins et un traitement de long terme, de préférence dans un centre de santé ou un hôpital dont le personnel est respectueux des PUD. La gestion communautaire des cas ou l'accompagnement par les pairs pourraient faciliter le démarrage du traitement et le soutien à l'observance des PUDI. Ces dernières devraient aussi recevoir des conseils sur la façon d'éviter la transmission du VIH à d'autres personnes, notamment en recevant des préservatifs, et elles devraient également être conseillées sur les bénéfices du dépistage de leurs partenaires et des membres de leurs familles, et se voir proposer un soutien pour informer les partenaires.

Il est important d'évaluer les problèmes de santé mentale, comme l'anxiété et la dépression, et d'orienter les personnes vers un spécialiste si nécessaire (voir aussi la section 3.13).

La répétition du test

- Les PUDI qui sont diagnostiquées séronégatives devraient savoir qu'il est important de refaire le test tous les six mois ou tous les ans, selon leur profil de risque.
- Un nouveau test de dépistage du VIH devrait également être proposé à chaque nouveau diagnostic d'IST.
- Il devrait être conseillé aux individus ayant été potentiellement exposés au VIH au cours des trois derniers mois de refaire le test.
- Un individu dont les résultats de test sont discordants devrait être orienté pour refaire un test dans 14 jours.
- Les personnes séropositives devraient refaire un test avant de commencer le traitement. Il peut être effectué dans les centres de santé communautaires qui réalisent des évaluations médicales, dispensent un traitement ARV et offrent des services aux femmes enceintes ou autres populations qui peuvent commencer immédiatement le traitement, quel que soit leur nombre de CD4.
- Si les personnes viennent pour un SDV dans les 72 heures suivant une exposition potentielle, l'administration d'une prophylaxie post-exposition (PEP) devrait être envisagée. Pour de plus amples informations, voir la publication de l'OMS : *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children* (2014).

3.4.3 La prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Pour toutes les populations clés, l'OMS recommande de proposer une PrEP aux personnes présentant un risque substantiel d'infection à VIH, dans le cadre d'une combinaison d'approches préventives. Pour les PUDI, les interventions prioritaires pour la prévention du VIH restent couvertes par la

réduction des risques, en particulier les PAS et les TSO pour les personnes dépendantes aux opiacés. Ce sont les interventions les plus efficaces pour prévenir le VIH et autres infections transmissibles par le sang. L'administration d'une PrEP devrait être envisagée pour prévenir la transmission sexuelle du VIH, notamment aux partenaires sexuels des PUDI vivant avec le VIH dont la charge virale n'a pas considérablement diminué sous traitement ARV. Pour de plus amples informations, voir la publication de l'OMS : *Lignes directrices unifiées relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins de l'infection à VIH pour les populations clés - mise à jour 2016 et de l'INPUD :Background document: an introduction to pre-exposure prophylaxis (PrEP) for people who inject drugs* (2015).

3.4.4 Les autres méthodes de dépistage

L'autotest du VIH

L'autotest du VIH est un processus par lequel une personne qui souhaite connaître son statut VIH prélève un échantillon, réalise un test et interprète le résultat elle-même, souvent en privé. L'autotest ne permet pas de diagnostic définitif. Si le résultat de l'autotest est positif, un autre test doit toujours être effectué par un professionnel de la santé pour confirmer le résultat. Pour de plus amples informations, voir la publication de l'OMS : *Guidelines on HIV self-testing and partner notification* (2016).

Les SDV dispensés par des travailleurs de proximité pairs ou des prestataires non professionnels Les SDV sont souvent plus acceptables pour les PUDI quand ils sont dispensés par un membre de la communauté en qui elles ont confiance, c.-à-d. une autre PUDI. Les travailleurs de proximité pairs peuvent être des membres efficaces du personnel bénévole des SDV. Il est essentiel d'assurer une formation adéquate, un soutien continu et un suivi de l'ensemble du personnel réalisant les tests de dépistage du VIH au niveau de la communauté, y compris les professionnels de la santé, le personnel du programme et les travailleurs de proximité pairs (voir également le document de politique générale de l'OMS : *WHO recommends HIV testing by lay providers* [2015].)

Le dépistage des partenaires et des membres de la famille

Quand une personne est diagnostiquée séropositive, il convient souvent de proposer un test de dépistage volontaire à leurs partenaires sexuels ou partenaires d'injection, à leurs conjoints et aux membres de leurs familles. Les PUDI qui vivent avec le VIH devraient être soutenues pour divulguer leurs résultats à leurs partenaires, aux membres de leurs familles en qui elles ont confiance, et des SDV devraient être proposés à leurs partenaires, leurs enfants et autres membres de la famille.

3.5 Le traitement antirétroviral

Avec l'amélioration de la disponibilité du traitement ARV et de son accès, les maladies et décès liés au VIH ont diminué de manière significative. Les progrès récents en termes de traitement du VIH, conjugués au plaidoyer pour une plus grande disponibilité des médicaments à un prix abordable, ont permis des améliorations substantielles de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH à travers le monde. Cependant, bien que les niveaux mondiaux de couverture du traitement aient augmenté significativement ces dernières années, l'accès des PUDI est toujours très faible, avec une couverture mondiale inférieure à 10 %.

3.5.1 L'initiation du traitement

Les lignes directrices de l'OMS recommandent de démarrer le traitement ARV pour toutes les personnes vivant avec le VIH, quels que soit le stade clinique de l'OMS et le nombre de CD4, y compris pour les PUDI vivant avec le VIH. Le traitement ARV devrait être en priorité dispensé à toutes les personnes présentant une manifestation clinique de la maladie VIH sévère ou avancée (stade clinique 3 ou 4 de l'OMS) et à toutes celles dont le nombre de CD4 est ≤ 350 cellules/mm³. La priorité devrait être accordée aux personnes suivantes, quel que soit le stade clinique de l'OMS ou le nombre de CD4 :

- les personnes vivant avec le VIH et atteintes de tuberculose active ;
- les personnes présentant une co-infection au VIH et au VHB ou VHC et des manifestations de maladie hépatique chronique sévère ;
- les personnes vivant avec le VIH dans les couples sérodiscordants, pour réduire la transmission du VIH aux partenaires non infectés ;
- les femmes enceintes et allaitantes.

Il est recommandé que les concepteurs de programme consultent l'OMS pour obtenir les lignes directrices les plus récentes.

3.5.2 Le soutien à l'observance

Avec un soutien adéquat et durable, les PUDI présentent les mêmes résultats en termes d'observance que les autres clients du traitement ARV. Le TSO est un facteur déterminant de l'observance du traitement ARV chez les personnes dépendantes aux opiacées, et l'OMS recommande l'administration d'un traitement ARV dans les centres de TSO. Il existe plusieurs stratégies de programmes de soutien à l'observance efficaces :

- un appui « intensif » à l'observance pendant les six premiers mois du traitement, quand on doit accorder une attention maximale au client ;
- le conseiller communautaire ou pair peut réaliser un premier entretien et une évaluation des risques, proposer un appui à l'observance pendant la phase de gestion intensive du cas et détecter les « abandons » pour leur fournir des encouragements. Les retours de la communauté ou du conseiller pair communiqués à l'équipe pluridisciplinaire constituent une partie essentielle de la gestion de cas ;
- comme bon nombre de personnes commençant un traitement ARV, les PUDI peuvent avoir des craintes et des préoccupations quant au traitement. Il est indispensable de savoir quel est le niveau de compréhension de la communauté en matière de traitement ARV pour pouvoir répondre aux préoccupations, craintes ou idées erronées par des informations exactes et appropriées. Le counselling devrait expliquer pourquoi il est bénéfique de démarrer le traitement ARV avant de se sentir souffrant ou de présenter des symptômes. L'observance, le maintien d'une charge virale réduite pour rester en bonne santé et prévenir l'échec du traitement, ainsi que le bénéfice d'un traitement ARV en termes de réduction des risques de transmission du VIH, devraient faire l'objet de discussions approfondies. Plusieurs sessions peuvent être nécessaires. Les bénéfices potentiels du traitement en termes de prévention de la transmission du VIH aux partenaires sexuels devraient faire l'objet de discussions spécifiques ;
- une attention prioritaire doit être portée aux clients qui abandonnent le traitement, en réalisant une évaluation détaillée des facteurs ayant mené à l'arrêt du traitement et en s'efforçant de les convaincre de reprendre le traitement ;

- la mise en place d'un système pour garantir la continuité du traitement des personnes en détention ou dans des prisons, y compris à leur sortie de prison.

3.5.3 La gestion des contre-indications

Les interactions entre les médicaments du traitement ARV, du traitement antituberculeux, des traitements contre les VHB et VHC et du TSO sont abordées dans les directives pour le traitement du VIH (voir la section 3.14). Assurer une collaboration et une coordination efficaces entre les services de traitement de l'hépatite, de la tuberculose, du VIH et de TSO permettra de surveiller d'éventuels symptômes de sevrage chez les clients qui commencent un traitement ARV alors qu'ils suivent un traitement TSO ou antituberculeux. Si les médicaments accélèrent l'apparition de symptômes de sevrage, les ajustements du dosage devraient respecter les lignes directrices de l'OMS ou nationales (voir aussi la section 3.3).

3.5.4 Surmonter les obstacles à l'accès des PUDI au traitement ARV

L'accès au dépistage du VIH suivi de l'inscription dans le soin reste le point faible dans le continuum des services proposés aux PUDI. Augmenter la disponibilité du dépistage rapide du VIH réalisé par des professionnels de la santé et des travailleurs de proximité pairs devrait être une priorité (section 3.4.4). Une approche de gestion de cas pour prendre en charge les PUDI séropositives et une intégration du service sont aussi des éléments utiles (voir la section 4.2.2 du chapitre 4).

Une collaboration efficace entre le système de soins et les projets de proximité peut contribuer à garantir que les services sont aussi accessibles que possible aux clients, par exemple en :

- proposant des prélèvements de sang pour la numération des CD4 et la mesure de la charge virale dans les sites de proximité (dispensaires mobiles), les PAS ou les lieux d'accueil ;
- organisant des journées d'examen médical dans les dispensaires mobiles, les PAS ou les lieux d'accueil.

3.6 Les services liés aux infections sexuellement transmissibles

L'offre de services médicaux essentiels contre le VIH et les IST est une composante fondamentale d'un ensemble complet de services pour les PUDI. Les programmes devraient travailler à favoriser les comportements de recherche de soins contre les IST en tant que norme communautaire : les PUDI et leurs partenaires sexuels devraient connaître les symptômes des IST et être encouragés à chercher rapidement des soins. De plus, ils devraient être conscients du fait que les IST sont généralement asymptomatiques et donc être encouragés à effectuer des dépistages réguliers des IST. Lier les services de traitement des IST à d'autres services menés par la communauté et impliquer les PUDI en tant que planificateurs, maîtres d'œuvre et prestataires du service, contribuent à y parvenir.

Les PUDI, en particulier les femmes, les adolescents, les jeunes⁶ et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, peuvent vendre des rapports sexuels pour financer leur usage de drogue. Cela augmente le risque de violences, notamment de violences sexuelles, et leur probabilité d'être infectés par des IST.

⁶ Les jeunes personnes usagères de drogues, qui injectent ou non, sont celles appartenant à la tranche d'âge des 10-24 ans, conformément au document du Groupe de travail inter-institutions sur les populations clés *HIV and young people who inject drugs: a technical brief* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015).

3.6.1 La conception des services liés aux IST

Les services de traitement des IST destinés aux PUDI et à leurs partenaires sexuels devraient respecter des normes élémentaires en termes de quantité et de qualité. Ils devraient également tenir compte des besoins en santé sexuelle des personnes qui vendent des rapports sexuels ou qui ont des rapports sexuels anaux non protégés. Les composantes d'un service de traitement des IST sont les suivantes :

- dépister et traiter les IST courantes (par exemple la syphilis, l'infection à chlamydia, la gonorrhée – pour de plus amples informations, voir les **recommandations cliniques** 2016 de l'OMS pour ces infections) ;
- diagnostiquer l'IST (étiologique [laboratoire] ou syndromique) ;
- administrer le traitement (étiologique ou syndromique, tel qu'approprié) ;
- donner des informations ;
- améliorer ou assurer la notification au partenaire et sa prise en charge ;
- encourager l'utilisation de préservatifs et lubrifiants et en distribuer ;
- évaluer les perceptions du client en matière de risques et donner des conseils sur les rapports sexuels à moindres risques ;
- organiser un suivi ;
- dispenser les SDV de manière confidentielle.

Tableau 3.1 Offre de services liés aux IST par le biais de différents modèles de prestation

<p>Service communautaire par le biais d'une organisation opérationnelle⁷ (dans les PAS fixes, les lieux d'accueil)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Counselling et dépistage rapide du VIH • Counselling, évaluation des risques d'IST, prise en charge des IST syndromiques et dépistage rapide de la syphilis • Counselling et soutien pour les travailleurs sociaux • Fourniture de préservatifs et lubrifiants et de conseils sur leur utilisation • Éducation communautaire pour améliorer les connaissances sur les IST
<p>Structure de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage des IST • Gestion des cas d'IST (étiologique ou syndromique) <ul style="list-style-type: none"> a) Antécédents, évaluation des risques et examen physique; b) Diagnostic complet en laboratoire (si possible); c) Diagnostic et traitement; d) Counselling; e) Préservatifs et lubrifiants; f) Prise en charge du partenaire; g) Suivi; h) SDV
<p>Service mobile (camion ou bus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Counselling et dépistage rapide du VIH • Counselling, évaluation des risques d'IST, prise en charge des IST syndromiques et dépistage rapide de la syphilis • Counselling et dépistage des hépatites B et C • Consultation avec le travailleur social distribuant des préservatifs et lubrifiants, des seringues, des tampons d'alcool

7 Une organisation opérationnelle est une organisation développant une action auprès des PUDI, avec une approche centrée sur l'utilisateur des services. Ce peut être une organisation gouvernementale ou non gouvernementale, une organisation communautaire ou menée par la communauté, et elle peut travailler à l'échelle d'un État, d'une province, d'un district ou d'une municipalité. Parfois, une organisation non gouvernementale offre des services à travers plusieurs unités en différents endroits d'une zone urbaine ; dans ce cas, chacune de ces unités peut également être considérée comme une organisation opérationnelle.

3.6.2 L'organisation des services liés aux IST

Il est important que l'ensemble des services liés aux IST soit intégré aux soins du VIH, de santé sexuelle et reproductive (SSR) et primaires. Des mécanismes de coordination et d'orientation entre les services de réduction des risques et les services liés aux IST devraient être identifiés. Dans le cas d'un test rapide de dépistage des IST positif, la personne est orientée vers une structure médicale pour un diagnostic et un traitement. À sa demande, la personne peut être accompagnée jusqu'au service par un travailleur social ou un travailleur de proximité. Le personnel des services ambulatoires mobiles peut être composé d'un médecin formé aux IST, d'un infirmier, d'un travailleur social et d'un chauffeur.

3.7 La santé sexuelle et reproductive et les droits associés

Les PUDI et leurs partenaires sexuels ont besoin d'un ensemble complet de services de santé sexuelle et reproductive (SSR) identique à celui des autres personnes, allant au-delà des IST et du VIH, mais ces besoins sont souvent ignorés par les programmes de réduction des risques. Le personnel des services de réduction des risques ainsi que celui des services de droit commun devraient être formés et soutenus pour comprendre les besoins en SSR et les droits associés des PUDI pour pouvoir développer et dispenser des services appropriés pertinents.

3.7.1 Le counselling en matière de planification familiale et de contraception

Les étapes de base pour s'assurer que les PUDI et leurs partenaires ont le choix des méthodes contraceptives, notamment le counselling en matière de planification familiale et de contraception, sont les suivantes :

- déterminer si un client veut avoir des enfants, et combien d'enfants il souhaite avoir ;
- discuter de la prévention et du traitement de l'infertilité si nécessaire ;
- discuter des avantages et inconvénients des méthodes contraceptives disponibles, notamment les préservatifs qui offrent une protection contre le VIH, les IST et les grossesses non désirées. Discuter de la double protection – utiliser des préservatifs plus une autre méthode contraceptive pour assurer une prévention plus efficace des grossesses – et discuter des effets secondaires de chaque méthode contraceptive ;
- déterminer la préférence et l'éligibilité médicale du client pour la méthode contraceptive choisie, dispenser des conseils sur son utilisation et distribuer le contraceptif en question ou une prescription si nécessaire ;
- discuter des moyens de prévenir une transmission sexuelle du VIH ou liée à l'usage de drogue, notamment la PrEP et la PEP, assurer un accès aux préservatifs masculins et féminins et aux lubrifiants, et donner des informations sur leur utilisation correcte et sur les compétences de négociation en matière d'utilisation des préservatifs.

L'usage de drogues peut affecter le cycle menstruel d'une femme, et entraîner l'irrégularité ou l'arrêt des menstruations. Les femmes devraient être informées que cela ne les empêche pas de tomber enceintes (car le cycle d'ovulation peut se produire à tout moment) et que si elles ne souhaitent pas tomber enceintes, elles doivent utiliser une méthode contraceptive.

La contraception d'urgence peut être fournie à une femme qui a eu un rapport sexuel vaginal non protégé, qui n'utilise pas de méthode contraceptive et qui n'est pas enceinte. Elle devrait être four-

nie sur demande, dès que possible après le rapport sexuel non protégé, dans l'idéal dans un délai de 72 heures, mais pas au-delà de 120 heures (l'efficacité diminue au-delà de 72 heures).

Dépistage du cancer de l'appareil génital

Le dépistage du cancer du col de l'utérus favorise une détection précoce des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et prévient une morbidité et une mortalité importantes. Le dépistage du col de l'utérus est recommandé pour toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans au moins une fois dans leur vie. Le dépistage peut être réalisé par un examen visuel avec un frottis traditionnel ou par un dépistage du virus du papillome humain. Les lésions précancéreuses et cancéreuses devraient être immédiatement traitées.

Les femmes qui vivent avec le VIH devraient faire un test de dépistage du cancer du col de l'utérus quel que soit leur âge. La priorité devrait être accordée à la tranche d'âge à risques et au suivi complet des femmes dont les résultats du test de dépistage sont anormaux.

Dépistage d'autres cancers

Le dépistage du cancer du sein, du cancer du rectum et de la prostate doit faire partie des soins de courants, et des liens devraient être établis avec les services de traitement.

3.7.2 Le test de grossesse et les soins pré- et postnatals

Si une femme usagère de drogues injectables pense être enceinte, cela devrait être confirmé par un test de grossesse. Si la grossesse est confirmée, la femme devrait être orientée vers un service de soins prénatals – pour gérer sa consommation de drogues pendant la grossesse, surveiller toute complication liée à la grossesse, améliorer l'issue de la grossesse et pour la santé et le bien-être généraux de la mère et du nourrisson. Pour de plus amples informations, voir la publication de l'OMS : *Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (2014). Les soins postnatals se poursuivent après l'accouchement et permettent de s'assurer que la mère et le bébé se portent bien et qu'ils bénéficient des services de suivi de routine comme les vaccinations et tout autre soin et soutien dont ils ont besoin. Les soins pré- et postnatals sont particulièrement importants pour les femmes usagères de drogues injectables pour leur fournir un soutien et des conseils sur les meilleures options concernant la poursuite de l'usage de drogues, les traitements de substitution ou l'arrêt de l'usage de drogues pendant ou après la grossesse. Ces conseils devraient être dispensés pour aider la femme à prendre sa propre décision de façon volontaire et éclairée quant à la meilleure voie à suivre pour elle et son nourrisson. Les soins pré- et postnatals sont également importants pour les femmes qui vivent avec le VIH pour prévenir la transmission du VIH et d'autres IST au nourrisson pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

Les femmes enceintes qui commencent ou suivent déjà un TSO d'entretien devraient être encouragées à poursuivre le traitement pendant leur grossesse. Les services de santé maternelle et infantile devraient comprendre :

- des informations sur les options d'alimentation du nourrisson, des conseils nutritionnels et un soutien ;
- des informations et une éducation pour la santé portant sur le VIH et la prévention du VIH, les rapports sexuels à moindres risques, la PrEP, la PEP et le traitement ARV comme moyens de prévention et des conseils sur l'allaitement (voir l'encadré 3.9) ainsi que sur la prévention de la syphilis, des hépatites virales et de la tuberculose ;

- pour les femmes vivant avec le VIH, l'offre d'un traitement ARV (que ce soit sur le site ou après orientation vers un service approprié), d'un traitement, de soins et d'une prise en charge du VIH pour la mère, l'enfant et le partenaire, et d'une prophylaxie et d'un traitement pour les maladies liées au VIH, notamment la tuberculose, sur le site ou après orientation vers un service compétent. Les conseils et le soutien à l'observance du traitement ARV et d'autres types de conseils et de soutien sont également importants.

Pour des directives sur l'allaitement des femmes qui vivent avec le VIH, voir les recommandations de l'OMS *Updates on HIV and infant feeding* (2016).

Encadré 3.9

Considérations pour les soins prénatals destinés aux femmes usagères de drogues injectables

- Les prestataires de services, notamment les travailleurs de proximité, les services de réduction des risques, les professionnels des services de traitement de la dépendance et les services de soins anténatals doivent être correctement informés sur l'usage de drogues et la grossesse, afin de pouvoir donner des informations appropriées aux femmes enceintes usagères de drogues injectables. Les services de réduction des risques devraient plaider auprès des services de soins obstétricaux pour qu'ils fournissent des informations et des soins concrets, non sanctionnants, aux femmes enceintes et aux mères allaitantes afin de protéger leur santé et celle de leurs nourrissons.
- Il n'est pas inhabituel que les femmes usagères de drogues injectables aient des règles irrégulières ou inexistantes, et elles peuvent ne pas réaliser qu'elles sont enceintes avant la fin de leur deuxième trimestre, voire avant le troisième trimestre. Il est donc important que le personnel du service de réduction des risques informe les usagères de drogues injectables sur les bénéfices potentiels des soins prénatals pour les femmes enceintes et leurs bébés, et distribue des tests de grossesse à réaliser à domicile.
- Les femmes peuvent ne pas avoir complètement conscience de l'impact potentiel des drogues sur l'enfant pendant la grossesse et l'allaitement, et peuvent avoir des idées erronées sur l'usage de drogues et la grossesse. On devrait leur fournir des informations exactes et pertinentes sur les risques et les dangers pour la grossesse associés à la poursuite de l'usage de drogues spécifiques, y compris le tabac et l'alcool.
- Bien que l'usage de toute drogue devrait être évité pendant la grossesse, cela pourrait ne pas être envisageable dans les faits. Étant donné que de nombreuses femmes font l'objet d'une stigmatisation accrue quand elles sont enceintes et qu'elles consomment des drogues, ce qui peut les dissuader d'avoir recours aux services, il est essentiel que les travailleurs fournissent un soutien sans jugement aux femmes enceintes qui continuent à consommer des drogues.
- Les femmes usagères d'héroïne devraient être informées des dangers pour le fœtus d'un sevrage aux opiacés brutal et encouragées à prendre contact avec un service de TSO.
- Les femmes enceintes qui vivent avec le VIH devraient bénéficier d'un traitement ARV ainsi que d'un dépistage et d'un traitement de la syphilis si nécessaire, pour préserver leur propre santé et réduire le risque de transmission du VIH et de la syphilis à leur enfant.

Encadré
3.10**Exemple concret : Soins pour les femmes enceintes usagères de drogues au Canada**

SHEWAY à Vancouver fournit des informations et une alimentation essentielles aux femmes enceintes usagères de drogues, tout en s'adaptant au choix des femmes, qu'elles optent pour l'usage de drogues ou le traitement. Pour les mères qui choisissent de continuer à consommer des drogues illicites, le programme se concentre sur la nutrition et sur les meilleurs choix qu'elles peuvent faire concernant la qualité des drogues illicites qu'elles consomment, tandis que pour les autres femmes, divers traitements de substitution sont proposés. En se concentrant sur les meilleurs résultats possible pour la mère et le bébé, SHEWAY propose des services qui favorisent les meilleures issues de grossesses et mettent fin aux violences subies par les femmes usagères de drogues qui accouchent.

www.sheway.vcn.bc.ca

3.7.3 L'interruption volontaire de grossesse et les soins post-avortement

Dans les endroits où l'interruption volontaire de grossesse est légale, les liens avec les services pratiquant des IVG sûres devraient être établis, mais les décisions concernant l'avortement devraient toujours être prises librement par les femmes. Lorsque l'avortement est illégal, les femmes usagères de drogues devraient être informées des risques que présentent les méthodes d'avortement informelles. Les femmes usagères de drogues injectables devraient avoir accès aux soins post-avortement appropriés pour réduire la morbidité et la mortalité, et des soins en cas de complications post-avortement telles que les infections et les saignements excessifs devraient être administrés.

3.7.4 Les soins médicaux pour les victimes d'agression sexuelle

Les soins médicaux pour les victimes d'agressions sexuelles devraient être, lorsque cela est possible, en lien avec les interventions communautaires contre la violence. Des informations complètes sur les protocoles de soins médicaux se trouvent dans les recommandations cliniques et politiques de l'OMS : *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques* (2013). Le soutien de première ligne fourni aux victimes d'agressions sexuelles comprend les actions suivantes :

- administrer des soins concrets et répondre aux besoins émotionnels, physiques, de sécurité et de soutien des femmes sans s'immiscer dans leur vie privée ;
- écouter et se renseigner sur les besoins et préoccupations des femmes, valider leurs sentiments, renforcer la sécurité et le soutien ;
- Fournir des soins physiques :
 - traiter les blessures physiques
 - reprendre tous les antécédents pour déterminer quelles interventions sont appropriées, et mener un examen physique complet ;
- proposer une contraception d'urgence aux femmes se présentant dans les cinq jours suivant l'agression sexuelle ;
- envisager l'administration d'une PEP pour les PUDI se présentant dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle ; assurer une prise de décision partagée avec la victime pour déterminer si la PEP est appropriée ;

3 Les services de santé et de soutien

- proposer une prophylaxie pour l'infection à chlamydia, la blennorragie, la vaginite à trichomonas et la syphilis (en fonction de la prévalence locale). Le choix des médicaments et des schémas thérapeutiques devraient être conforme aux directives nationales ;
- proposer la vaccination contre l'hépatite B sans immunoglobulines anti-hépatite B, conformément aux directives nationales ;
- offrir un soutien et des soins psychologiques, notamment des stratégies d'adaptation pour gérer le traumatisme sévère, en ayant recours à des services de santé mentale ayant fait leurs preuves qui sont accessibles, disponibles et respectent les recommandations de l'OMS stipulées dans le *mhGAP intervention guide – version 2.0* (2016) ; réévaluer les besoins en services de santé mentale de la cliente trois mois après l'agression.

3.7.5 Les services destinés aux personnes travailleuses du sexe usagères de drogues injectables

Les services de réduction des risques et pour les travailleurs et travailleuses du sexe devraient être en lien étroit avec les services de SSR. Pour de plus amples informations, voir *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions* (2013, SWIT) et la publication de l'International Network of People Who Use Drugs (INPUD) et du Global Network of Sex Work Projects (NSWP) *Sex workers who use drugs: ensuring a joint approach* (2015).

3.8 Les programmes d'accès aux préservatifs et lubrifiants pour les PUD et leurs partenaires sexuels

L'offre, la distribution et la promotion efficaces de préservatifs masculins et féminins et de lubrifiants compatibles avec les préservatifs sont essentielles à la réussite des interventions de prévention du VIH. Les préservatifs sont recommandés comme méthode de prévention du VIH depuis le milieu des années 1980 et sont toujours un outil efficace pour prévenir la transmission sexuelle du VIH.

Pour des conseils détaillés, voir les publications du Fonds des Nations unies pour la Population (FNUAP) *Comprehensive condom programming: a guide for resource mobilization and country programming* (2011) et *Condom programming for HIV prevention: a manual for service providers* (2005) ainsi que les sections concernées du chapitre 3 de *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions* (2013 – SWIT).

Des partenariats stratégiques sont essentiels pour améliorer l'accès aux préservatifs et lubrifiants et leur utilisation pour une triple protection contre les grossesses non désirées, les IST et le VIH. Les partenaires sont notamment les organisations dirigées par des PUDI, les ONG, le ministère de la Santé ou les programmes nationaux de lutte contre le sida, les agences des Nations unies, le secteur privé, les organisations de marketing social, les bailleurs et les ministères chargés de l'application de la loi.

Une programmation efficace en matière de préservatifs et lubrifiants doit notamment répondre aux critères suivants :

- le processus est dans l'idéal dirigé par le gouvernement qui se l'approprie, en partenariat avec des organisations opérationnelles et des organisations de PUD, et les efforts sont coordonnés par le biais d'un fort leadership au niveau national ;
- la demande de préservatifs et de lubrifiants est créée et maintenue ;
- les stocks adéquats de préservatifs et lubrifiants de très bonne qualité sont disponibles et distribués à grande échelle ;
- une approche de proximité est adoptée pour la distribution afin d'assurer un accès aux préservatifs et lubrifiants au niveau de la communauté ;
- les types et la quantité de préservatifs et lubrifiants permettent de répondre aux besoins et préférences exprimés des PUDI. Une large gamme de préservatifs masculins et féminins est disponible ;
- lorsque les PUDI s'engagent dans le travail du sexe, il est important que les agents des forces de l'ordre n'utilisent pas les préservatifs comme preuve du travail du sexe. Arrêter et fouiller les travailleurs du sexe à la recherche de préservatifs les dissuade de les avoir sur eux et de les utiliser ;
- un plaidoyer et un développement des capacités sont mis en œuvre pour garantir un environnement favorable à la pérennité du programme sur le long terme ;
- un système de suivi et d'évaluation est établi pour garantir l'efficacité des programmes de distribution des préservatifs et lubrifiants.

Les préservatifs féminins

Le préservatif féminin est un produit de prévention important pour les femmes usagères de drogues injectables et son utilisation doit être vivement encouragée. Pour cela, des compétences sont nécessaires pour montrer comment l'utiliser correctement, ainsi qu'une compréhension de ses avantages :

- il est utile pendant la période de menstruation ;
- il peut être utilisé quand le partenaire masculin ne peut maintenir une érection ;
- il nécessite moins de coopération de la part du partenaire et renforce donc le contrôle de la femme sur l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Les travailleurs de proximité pairs devraient être formés pour réaliser des démonstrations de l'utilisation correcte de préservatifs féminins. Des modèles anatomiques des organes pelviens de la femme devraient être mis à leur disposition, ainsi que des supports d'information, pour réaliser ces démonstrations. Il est important de noter que les préservatifs féminins sont des produits à usage unique et ne devraient pas être réutilisés.

3.9 L'Information, éducation et communication ciblées

La programmation en matière de réduction des risques comporte des mesures pour changer les connaissances, attitudes, croyances et comportements, et pour développer la solidarité communautaire. Les supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) peuvent servir de compléments et ajouter de la valeur à ces interventions. Les supports d'IEC, sous format papier ou informatique, peuvent être transmis d'une personne à l'autre sans perte ni interprétation erronée de l'information.

3.9.1 L'élaboration des supports d'IEC efficaces pour les PUDI

Impliquer les bonnes personnes : un travail d'équipe est nécessaire, en réunissant des personnes disposant de connaissances des pratiques médicales et de santé publique ayant fait leurs preuves, et des personnes dotées de compétences en mise en page, édition et correction. Il est également essentiel d'impliquer de manière significative les PUDI (en particulier les personnes appartenant à la communauté ciblée par les supports) dans le processus de planification, de développement, de conception, de test et de distribution des supports, et d'évaluer leur efficacité.

Tenir compte des connaissances, croyances, attitudes, pratiques et besoins au sein du public cible : effectuer une recherche sur les connaissances, attitudes et pratiques des personnes qui devraient bénéficier des supports d'IEC prévus. Les focus groups sont très utiles pour recueillir ces informations avant de produire les supports. Les supports écrits devraient utiliser un langage que la communauté cible peut facilement comprendre, notamment une terminologie habituelle pour la communauté (par exemple l'argot).

Ne pas réinventer la roue : examiner les supports ayant été utilisés par d'autres programmes ; ils pourraient nécessiter une adaptation au contexte local, mais l'on peut gagner du temps et de l'argent en calquant ses supports sur des supports existants. Il est important de demander l'autorisation des auteurs initiaux et de créditer la source.

Tenir compte des sensibilités de la communauté plus large : les supports peuvent être vus par des personnes autres que les PUDI, notamment les membres de leurs familles, les autorités locales, les chefs religieux et la police. Lors du travail visant à développer un consensus au sein de la communauté plus large sur les services de réduction des risques, il peut être utile de discuter des supports d'IEC qui seront distribués ou de transmettre des versions provisoires aux partenaires avant leur publication.

Encadré
3.11

Étapes de la production de supports d'IEC

1. **Identifier clairement l'objectif.** Tout support devant être élaboré devrait avoir un objectif spécifique en termes d'apprentissage ou de changement de comportement. Il est important de faire la distinction entre l'objectif d'une campagne d'information globale et l'objectif de supports d'IEC spécifiques.
2. **Identifier clairement le public cible.** Les personnes utilisant les supports pourraient ne pas former un groupe homogène. Des sous-ensembles caractérisés par des connaissances, croyances, pratiques et préférences différentes devraient être pris en compte. L'utilisation d'une version unique d'un support d'IEC particulier sur l'ensemble du pays ou même d'une ville peut ne pas être possible.
3. **Organiser des focus groups** avec des représentants des (sous-)groupes ciblés.
4. **Élaborer le message clé** pour qu'il soit bref et clair.
5. **Identifier le meilleur format** pour le message, en gardant à l'esprit le contenu, le public cible et les ressources disponibles pour la production et la diffusion.

6. **Élaborer un plan de diffusion**, qui peut contenir le nombre estimé de publications et la façon dont les supports seront diffusés.
7. **Concevoir les supports**. Vérifier que les supports imprimés sont sous un format pratique, par exemple en format poche pour pouvoir être transportés discrètement.
8. **Tester les supports** auprès d'un groupe témoin de membres de la communauté. Être prêts à changer le texte et la conception en fonction des retours.
9. **Corriger la publication** avant et après sa mise en page.
10. **Publier et diffuser !**
11. **Suivre et évaluer** les supports. Cela peut aider à comprendre quels sont les éléments appréciés et acceptés, et pourquoi.

3.9.2 Les supports d'IEC et la mobilisation communautaire

Donner aux PUDI l'opportunité de diriger la production des supports (sites Internet, bulletins d'information, documentaires vidéos, IEC, etc.) peut être un puissant facteur d'autonomisation. La production de bulletins d'informations périodiques ou la maintenance régulière de sites Internet et de sites de médias sociaux permettent de réunir des personnes et de créer un forum favorisant une expression créative et pouvant être un lieu où les personnes peuvent s'informer sur les problèmes émergents liés à la santé et aux droits et en discuter.

3.10 La prévention, la vaccination, le diagnostic et le traitement des hépatites virales

Le VHB et le VHC affectent de façon disproportionnée les PUDI, population présentant une prévalence du VHC estimée à 52 % dans le monde⁸. Parmi les PUDI qui vivent avec le VIH, le taux de co-infection au VHC a été estimé à 82 % (55–89 %) dans le monde, démontrant le risque de transmission du virus par le sang lors du partage du matériel d'injection⁹. La co-infection VIH–VHC modifie l'évolution des deux maladies. Le VIH peut accélérer l'évolution de maladie du VHC et augmenter la mortalité associée au VHC.

La vaccination permet de prévenir le VHB, et le traitement est efficace pour stopper l'évolution de la maladie hépatique et prévenir un cancer du foie. Il n'existe actuellement pas de vaccin contre le VHC. Contrairement au VIH, l'hépatite C est une maladie que l'on peut soigner avec les bons médicaments.

3.10.1 La prévention

Une combinaison d'interventions de réduction des risques permet de prévenir le VHC comme le VHB. Dans le cas du VHC en particulier, les PAS et TSO dont les niveaux de couverture et la qualité sont élevés jouent un rôle important pour réduire la transmission. Les personnes qui ont naturelle-

⁸ Rapport mondial sur les drogues 2016. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime ; 2016.

⁹ Platt L, Easterbrook P, Gower E, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*. 2016 ; 16(7) : 797–808.

ment ou médicalement guéri de l'hépatite C ne sont pas totalement protégées contre une nouvelle infection par le virus de l'hépatite.

Étant donné que le partage du matériel nécessaire à l'usage de drogues comme les récipients de chauffe et les filtres contribuent fortement à la transmission du VHC, ces articles devraient faire partie des trousseaux stériles de réduction des risques. De plus, les usagers de drogues non injectables, comme les fumeurs de crack, sont plus susceptibles de transmettre le VHC en raison du partage du matériel nécessaire pour fumer (pipes). La distribution de matériel spécifique à l'usage de drogues non injectables devrait être envisagée pour cette population.

L'OMS recommande dans sa publication *Guidance on the prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs* (2012) :

- de proposer aux PUDI le protocole de vaccinations contre l'hépatite B. La priorité devrait être accordée à la première dose du calendrier de vaccinations ;
- de proposer des incitations aux PUDI pour commencer les vaccinations et aller jusqu'au bout du calendrier de vaccinations contre l'hépatite B ;
- que les PAS distribuent aussi des seringues à espace mort faible aux PUDI ;
- de proposer des interventions par des pairs aux PUDI pour réduire l'incidence du VHB et du VHC ; les interventions pour prévenir le VHB et le VHC chez les PUDI devraient être souples et pragmatiques, en saisissant toutes les opportunités de contact avec la population cible.

3.10.2 Le dépistage du VHB et du VHC

Parce qu'elles constituent une population dont le risque d'infection est élevé, les PUDI devraient se voir proposer un dépistage du VHB et du VHC, et cela doit faire partie intégrante de l'ensemble complet des interventions de réduction des risques, conformément aux recommandations de l'OMS et aux directives nationales. Un dépistage répété peut être nécessaire pour les personnes dont le risque est constant.

Un test ARN est nécessaire pour confirmer une infection au VHC. Le test ne doit pas être contraignant, mais volontaire, et le client doit comprendre les implications du processus de dépistage. Il est important de se concentrer sur ce qui peut être fait, fourni et proposé. Par exemple, dans le cas d'un test positif de détection des anticorps du VHC, les clients peuvent être informés de l'évolution de l'hépatite C chronique, des principaux signes d'une maladie hépatique avancée, de l'importance de confirmer le VHC chronique par un test ARN, du risque potentiel de transmission à d'autres personnes, des risques liés à la consommation d'alcool et des effets/effets secondaires du TSO et d'autres traitements, notamment du traitement antiviral de l'hépatite chronique.

3.10.3 Le traitement

Les traitements du VHB et du VHC sont aussi efficaces chez les PUDI qu'au sein des autres populations, en particulier si un soutien spécifique à l'observance et psychosocial est fourni. Par conséquent, les PUDI atteintes du VHB ou VHC devraient se voir proposer un traitement sans aucune discrimination.

Le traitement du VIH chez les PUDI vivant avec une hépatite B ou C chronique peut ralentir l'évolution de la maladie hépatique, le traitement ARV est par conséquent efficace et recommandé

quel que soit le nombre de CD4. La coordination entre les prestataires de soins liés à l'hépatite et au VIH et les centres de TSO est essentielle, et l'intégration des soins est la solution idéale. Une formation adéquate devrait être dispensée aux prestataires de services de santé pour améliorer leurs connaissances et capacités en matière de prévention, de diagnostic, et de traitement du VHB et VHC chez les PUDI et d'information de ces dernières, afin qu'ils puissent soutenir correctement les personnes atteintes de la maladie.

Le traitement du VHB et du VHC peut interagir avec les traitements d'autres virus transmis par le sang et le TSO. Il est donc important de prendre en considération les interactions du traitement pour éviter les effets indésirables et augmenter son efficacité.

Pour améliorer éventuellement l'observance et les effets du traitement du VHB et du VHC, les PUDI peuvent faire l'objet d'une évaluation de leur éligibilité au TSO et autres services. De plus, il est possible d'améliorer l'observance grâce à un soutien émotionnel, social et pratique fourni par des équipes pluridisciplinaires, comptant des travailleurs pairs. Les personnes ayant suivi un traitement contre le VHC peuvent jouer un rôle inestimable en termes de soutien à l'engagement dans les soins et au suivi du traitement, et les interventions par les pairs sont une source importante de soutien dans la prévention, la prise en charge et le traitement du VHC.

Concernant le traitement du VHC, l'OMS recommande une nouvelle combinaison de traitement à base d'antiviraux d'action directe (AAD) et de médicaments par voie orale pendant au minimum 12 semaines. L'efficacité des nouveaux AAD est moins affectée par le génotype et le statut VIH de la personne, bien que les AAD soient moins efficaces dans les cas de maladie hépatique avancée comme la cirrhose.

Pour d'autres recommandations, voir les publications de l'OMS *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection* (2016) et *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic Hepatitis B infection* (2015).

3.10.4 Les considérations pour la mise en œuvre

Les programmes de proximité, les PAS, les lieux d'accueil et tous les prestataires de services devraient s'assurer que les PUDI sont correctement informées sur les différents types d'hépatites, les risques de transmission et la prévention et le traitement.

La vaccination contre l'hépatite B

Toutes les PUDI devraient être vaccinées contre l'hépatite B. Les vaccins devraient être administrés dans les lieux d'accueil ou les PAS pour optimiser leur accès aux PUDI. La vaccination devrait également être proposée dans les centres de traitement de la dépendance à la drogue, les centres de TSO, les structures de traitement du VIH et autres services qu'utilisent les PUDI.

Proposer une incitation financière ou autre type d'incitation entraîne des taux de vaccination complète contre le VHB plus élevés chez les PUDI. Cette recommandation s'applique aux contextes caractérisés par de faibles taux de vaccination chez les PUDI, et quand les autres mesures visant à augmenter les taux de vaccination sont déjà en place. Pour de plus amples informations, voir la publication de L'OMS : *Guidance on the prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs* (2012) :

Les femmes

Les femmes usagères de drogues injectables sont souvent plus affectées que les hommes par les hépatites virales en raison du faible accès aux services de réduction des risques intégrant une dimension liée au genre. Les messages de prévention devraient être adaptés pour tenir compte des situations et contextes spécifiques dans lesquels les femmes consomment des drogues. Une priorité particulière doit être accordée aux femmes en général, notamment aux usagères de drogues injectables, pour le traitement des hépatites chroniques lorsqu'elles sont enceintes.

Les jeunes

Les jeunes forment un groupe à risque élevé en raison du manque d'informations et des obstacles auxquels ils sont confrontés pour accéder aux soins. Les efforts de réduction des risques et de lutte contre le VHC devraient cibler spécifiquement les jeunes, et des messages et programmes devraient être développés avec leur contribution pour augmenter le recours aux soins. Les adolescents et les jeunes sont à l'heure actuelle souvent exclus du traitement dans de nombreux pays. Cela augmente le risque de transmission. Ils devraient faire partie de la population cible pour le traitement. Pour de plus amples informations, voir la note d'information technique *HIV and young people who inject drugs* (2015).

Encadré
3.12

Exemple concret : Intégrer les soins contre l'hépatite dans la réduction des risques en Ukraine

La stratégie de l'Alliance pour la santé publique en matière de prévention et de traitement de l'hépatite chez les PUDI recueille des données sur la prévalence par le biais de dépistages réguliers, de l'intégration d'une composante liée à l'hépatite dans les programmes de réduction des risques, du travail réalisé avec des professionnels de la santé (formations, ateliers sur le dépistage, le traitement et la prise en charge de l'hépatite), d'une sensibilisation et de campagnes de mobilisation, et d'une campagne de plaidoyer pour améliorer l'accès des groupes vulnérables au traitement. L'Alliance travaille avec l'État et les programmes locaux de lutte contre l'hépatite, les groupes pharmaceutiques (sur la réduction du prix du diagnostic et du traitement), la population générale et les groupes vulnérables (sur la sensibilisation au problème de l'hépatite et la création d'une demande de traitement).

Un modèle de traitement intégré du VHC a été développé, en vertu duquel les centres de traitement du VIH administrant les TSO réalisent aussi les diagnostics et administrent le traitement du VHC en collaboration avec des centres d'hépatologie. Les gestionnaires de cas des ONG s'assurent que les clients sont mis en relation avec les services et le soutien psychosocial délivrés par les organisations communautaires, notamment les consultations par les pairs, le counselling pour les membres de la famille du client et une assistance pour bénéficier d'un traitement ARV et d'un TSO. Le premier programme de traitement a démarré à la fin de 2013 pour 154 clients du TSO co-infectés par le VIH-VHC dans 10 régions d'Ukraine. Le programme a été facilité par des réductions considérables du prix du diagnostic et du traitement, et il est prévu d'élargir le programme de traitement à 1 500 clients.

En juin 2015, l'Alliance a mis en œuvre le premier programme de traitement du VHC à base d'AAD au niveau national par le biais d'un modèle de traitement soutenu par la communauté.

L'Alliance met en œuvre le programme dans 14 régions d'Ukraine et 19 structures de santé, en coopération avec 14 ONG régionales. Le modèle de soutien médical et social intégré comporte des éléments de gestion des cas et d'interventions pour prévenir les réinfections. Sur les 1 170 clients ayant à ce jour bénéficié du traitement dans les 14 régions, 96 % étaient co-infectés par le VHC et le VIH et 99 % d'entre eux avaient bénéficié d'un traitement ARV. L'Alliance a également réussi à influencer la politique du gouvernement. Par exemple, les schémas thérapeutiques à base d'AAD font maintenant partie des Directives cliniques nationales pour le traitement de l'hépatite C.

3.11 La prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose

Bien que l'on puisse éviter la tuberculose et en guérir, elle reste la cause majeure de mortalité liée au VIH, représentant presque un tiers de l'ensemble des décès liés au VIH. Les données concrètes associant la tuberculose et l'usage de drogues se rapportent essentiellement à l'usage de drogues injectables, mais un risque accru de tuberculose a également été associé au fait de fumer du crack, de la cocaïne et de l'opium.

Il existe un ensemble croissant de données concrètes indiquant une association entre le VIH, l'usage de drogues injectables et la tuberculose multirésistante (MR), en particulier en Europe de l'Est. Le traitement des clients atteints de tuberculose-MR, et en particulier de tuberculose-MR associée au VIH, donne de mauvais résultats et le taux de mortalité est élevé parmi ces clients.

Dans les pays les plus affectés par la tuberculose, on estime que deux tiers des PUDI atteintes de tuberculose sont également atteintes d'une infection au VHC. Des recommandations détaillées se trouvent dans les lignes directrices unifiées de l'OMS *Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs* (2016).

3.11.1 Le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'infection tuberculeuse latente

Toutes les personnes vivant avec le VIH devraient être régulièrement dépistées avec l'algorithme de dépistage de la tuberculose qui repose sur la présence ou l'absence de quatre symptômes et est recommandé par l'OMS (figure 3.1). Ce dépistage aide à déterminer l'éligibilité des personnes au traitement de l'infection tuberculeuse latente – par exemple au traitement préventif à l'isoniazide (TPI) – en excluant la probabilité d'une tuberculose active, et à identifier les personnes qui nécessitent une évaluation plus approfondie, un test diagnostique et un traitement de la tuberculose si nécessaire. L'OMS recommande d'utiliser Xpert MTB/RIF comme test diagnostique initial de la tuberculose active pour toutes les personnes vivant avec le VIH et pour toute personne susceptible d'être atteinte de tuberculose-MR. Les programmes soutenant les PUDI peuvent contribuer à une détection précoce de la tuberculose et à une prévention et un traitement en temps opportun de la tuberculose et du VIH. Il est donc essentiel que le personnel connaisse les symptômes de la tuberculose. Pour de plus amples informations, voir les lignes directrices de l'OMS dans *Intensified tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource constrained settings* (2011).

Le TPI peut être toléré par les PUDI qui vivent avec le VIH et sont atteintes d'une co-infection par le VHB et le VHC, sans entraîner d'hépatite médicamenteuse (HM). Cependant, la consommation excessive d'alcool a été identifiée comme un facteur de risque pour la HM, la fonction hépatique doit donc être évaluée et surveillée.

Figure 3.1 Outil de dépistage des symptômes de la tuberculose chez les PUDI vivant avec le VIH

L'un de ces symptômes est-il présent ? <ul style="list-style-type: none"> • Toux • Fièvre • Sueurs nocturnes • Perte de poids 	Oui	Xpert MTB/RIF pour le test diagnostique initial	Diagnostic de la tuberculose ?	Oui	Traitement antituberculeux, suivi d'un traitement ARV pendant une période de 2 à 8 semaines après le début du traitement antituberculeux
	Non	Proposer un TPI pour l'infection tuberculeuse latente (après évaluation des contre-indications et de l'éligibilité)		Non	Proposer un TPI pour l'infection tuberculeuse latente (après évaluation des contre-indications et de l'éligibilité)

Un dépistage systématique de la tuberculose en utilisant d'autres méthodes comme les radiographies, en accord avec les directives nationales, est recommandé pour les PUDI non infectées par le VIH, dans les pays où la prévalence de la tuberculose est élevée (100 pour 100 000 personnes ou plus). Le dépistage systématique de la tuberculose dans les prisons et autres structures fermées devrait également être réalisé lorsque la prévalence de la tuberculose, de la tuberculose-MR ou du VIH est élevée au sein de la population générale ou carcérale. Les algorithmes applicables aux détenus et PUDI non infectées par le VIH se trouvent dans la publication de l'OMS suivante : *Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations* (2013).

Encadré 3.13

Exemple concrets : Proposer des services liés à la tuberculose dans le cadre de la réduction des risques en Afghanistan

La réduction des risques mise en œuvre par Médecins du Monde (Mdm) par l'intermédiaire de professionnels et de travailleurs de proximité pairs permet de développer la capacité des PUDI à réduire les risques associés à leur usage de drogues par le biais d'une gamme de services. Le TSO servait de point d'entrée pour engager, évaluer et stabiliser les clients. Le service de délivrance de méthadone sept jours sur sept fournit une plateforme pour la mise en œuvre d'un ensemble d'autres interventions de santé, notamment le traitement ARV et le traitement contre la tuberculose. Cela a favorisé des niveaux élevés d'engagement et d'observance du traitement en dépit du contexte difficile dans lequel le service est proposé. Les principales caractéristiques du service de Mdm à Kaboul étaient les suivantes :

- toutes les personnes utilisant le service se voyaient proposer un dépistage de la tuberculose et des informations sur la tuberculose ;
- le traitement contre la tuberculose était intégré à la délivrance quotidienne de méthadone et à l'administration du traitement ARV pour les personnes co-infectées par le VIH ;
- la surveillance de routine de la tuberculose faisait partie de l'examen médical des clients du TSO ;
- Mdm a pu avoir accès à des analyses avancées des tests de dépistage de la tuberculose dans le service de santé de droit commun ;
- les clients nécessitant un traitement plus poussé étaient orientés vers des services médicaux généraux (bien que la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PUDI aient entravé une intégration complète du service).

Bien que le programme de MdM ne soit plus opérationnel, les organisations locales de réduction des risques continuent à fournir les services aux PUDI, et l'un des principaux partenaires de MdM déploie un traitement d'entretien à la méthadone. De nombreux travailleurs de proximité pairs formés participent toujours aux initiatives de plaidoyer, et avec le soutien de Bridge Hope (Pont de l'Espoir) et de Health Organization (Organisation Santé), une ONG locale, l'un des groupes de PUDI est devenu une organisation officiellement reconnue qui représente la communauté auprès du gouvernement.

3.11.2 Le traitement

Le traitement de la tuberculose sensible aux médicaments consiste en un régime standard à base de rifampicine ou rifabutine pendant six mois au moins, quel que soit le statut VIH. Il est essentiel que le traitement antituberculeux soit mené jusqu'au bout, pour réduire la mortalité et pour éviter le développement et la propagation de la tuberculose résistante aux médicaments. Pour de plus amples informations, voir la publication de l'OMS *Guidelines for treatment of tuberculosis* (2010).

Les PUDI qui ont des antécédents d'interruption du traitement antituberculeux ou d'incarcération pourraient présenter un risque plus élevé de tuberculose-MR. Des directives sur la prise en charge de la tuberculose-MR et de la tuberculose ultrarésistante (tuberculose-UR) se trouvent dans la publication *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*.

Encadré 3.14

Exemple concret : Les services liés à la tuberculose dans le contexte de la prévention du VIH et de la réduction des risques en Biélorussie

Les services liés à la tuberculose, au VIH et à la dépendance à la drogue en Biélorussie étaient dispensés par le biais de programmes distincts, chacun doté de ses propres administration, financement et personnel. Cela constituait un obstacle à l'accès des personnes au traitement ARV une fois qu'elles avaient été diagnostiquées positives à la tuberculose, et nombre de ces personnes étaient usagères de drogues injectables. La Biélorussie a réagi en autorisant la mise en place du traitement ARV dans les dispensaires antituberculeux ; mais les gens ne pouvaient toujours pas commencer un TSO quand ils étaient dans des hôpitaux traitant la tuberculose. Cela a changé après une consultation nationale au début de l'année 2012, qui recommandait la mise en place des TSO dans les dispensaires antituberculeux, avec un soutien financier du Fonds mondial et du ministère de la Santé de Biélorussie.

Certains centres antituberculeux ont créé des postes de médecins spécialistes des drogues ou pris des dispositions pour organiser des services de conseil. Un hôpital traitant la tuberculose prévoit de gérer un site de distribution permanent pour les TSO, ce qui appuiera une meilleure intégration des services. La nouvelle approche favorise l'expansion des programmes de TSO en Biélorussie.

Source : OMS, UNICEF, ONUSIDA, *Le point 2013 sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités*

Le traitement ARV pendant le traitement de la tuberculose

Commencer rapidement un traitement ARV réduit de manière significative le risque de mortalité due à la tuberculose associée au VIH. Toutes les PUDI susceptibles d'être atteintes ou atteintes de la tuberculose devraient se voir proposer des SDV de manière prioritaire afin que celles dont le test est positif puissent commencer un traitement ARV dès que possible. Le traitement ARV ne devrait pas commencer plus de huit semaines après le début du traitement antituberculeux, et ce quel que soit le nombre de CD4. Les PUDI séropositives qui ont des systèmes immunitaires très affaiblis ($CD4 < 50$ cellules/mm³) devraient commencer un traitement ARV dans les deux semaines suivant le début du traitement antituberculeux.

Les interactions des médicaments

La rifampicine peut diminuer les niveaux de concentration de méthadone dans le sang, ce qui peut entraîner, selon l'individu, un syndrome de sevrage et une augmentation du risque de rechute en termes d'usage d'opiacés. Les constatations indiquent aussi un éventuel syndrome de sevrage aux opiacés accru associé à l'interaction entre la rifampicine et la buprénorphine. Comme alternative à la rifampicine, on peut utiliser la rifabutine, car il n'a pas été prouvé qu'elle affectait significativement les taux de buprénorphine ou de méthadone. Les clients qui reçoivent de la méthadone ou de la buprénorphine et de la rifampicine devraient faire l'objet d'une surveillance étroite, et ceux manifestant un syndrome de sevrage aux opiacés devraient voir leurs doses de TSO adaptées en fonction de leurs besoins. Dans tous les cas, le client et la personne ayant prescrit le TSO doivent être informés des interactions potentielles. Des politiques et réglementations souples en matière de dosage sont particulièrement importantes pour les PUDI dépendantes aux opiacés qui sont diagnostiquées positives à la tuberculose.

3.11.3 Le soutien à l'observance

Les PUDI correctement soutenues peuvent parvenir à une observance et des résultats cliniques comparables à ceux des personnes non usagères de drogues. L'observance est améliorée grâce au traitement sous observation directe, à des rappels à respecter l'observance, au counselling par les pairs, à une gestion des imprévus, à des incitations monétaires et à un ensemble intégré de soins qui inclut le TSO et répond aux besoins psychosociaux et de soins des PUDI.

**Encadré
3.15**

Le rôle du soutien communautaire pour le traitement de la tuberculose et son observance

Les organisations et réseaux communautaires jouent un rôle clé pour assurer l'accès aux services liés à la tuberculose et leur utilisation et pour soutenir l'accès aux services de traitement et de prévention. Les groupes d'entraide et l'éducation par les pairs peuvent fournir un soutien émotionnel pour gérer les problématiques supplémentaires associées à la tuberculose, notamment la stigmatisation et la discrimination. Ils peuvent aussi favoriser la connaissance et l'observance du traitement, et plaider pour ceux qui sont confrontés à des obstacles à l'accès au service. Des conseils détaillés sur l'élaboration du plaidoyer se trouvent dans la publication de l'OMS, l'ONUSIDA, HIT et l'INPUD *TB advocacy guide for people who use drugs*.

3.11.4 Le traitement de la tuberculose dans les prisons

La poursuite du traitement de la tuberculose dans les prisons et autres lieux de détention est essentielle pour réduire la mortalité, freiner le développement d'une résistance et prévenir les transmissions ultérieures. Le traitement doit suivre le détenu pendant toutes les phases de la détention, y compris pendant la détention préventive, les transferts de prisons et à la sortie de prison.

3.11.5 Le contrôle de l'infection tuberculeuse

Dans les lieux où les PUDI tendent à se rassembler – par exemple, les espaces sûrs, les lieux d'accueil, les PAS, les centres de traitement de la dépendance, les structures de santé, les refuges, les lieux de travail du sexe et les prisons – elles peuvent s'exposer à un risque accru d'infection à la tuberculose et à la tuberculose-MR si des mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse adéquates ne sont pas en place. Ces mesures sont notamment l'identification précoce et la séparation de manière respectueuse des personnes manifestant des symptômes de la tuberculose, une ventilation adéquate, une éducation à l'hygiène respiratoire et pour la santé, parallèlement à un diagnostic rapide et un démarrage rapide du traitement antituberculeux. Les personnes qui travaillent dans ces structures et qui vivent avec le VIH ou sont usagères de drogues sont également exposées à un risque accru d'infection tuberculeuse et devraient avoir accès à des mesures de prévention de la tuberculose et se voir accorder la possibilité d'être transférées vers d'autres sites associés à un risque moindre. Il est essentiel de respecter la confidentialité du client afin de réduire la double stigmatisation et discrimination associées à l'usage de drogues et à la tuberculose.

3.12 La prévention et la prise en charge des overdoses

Les overdoses de drogues sont la principale cause des décès liés à la drogue évitables dans le monde. En 2012, l'Assemblée générale des Nations unies a ratifié la résolution de la Commission des stupéfiants recommandant d'intégrer la prévention et le traitement des overdoses dans la stratégie de lutte contre la drogue de tous les pays.

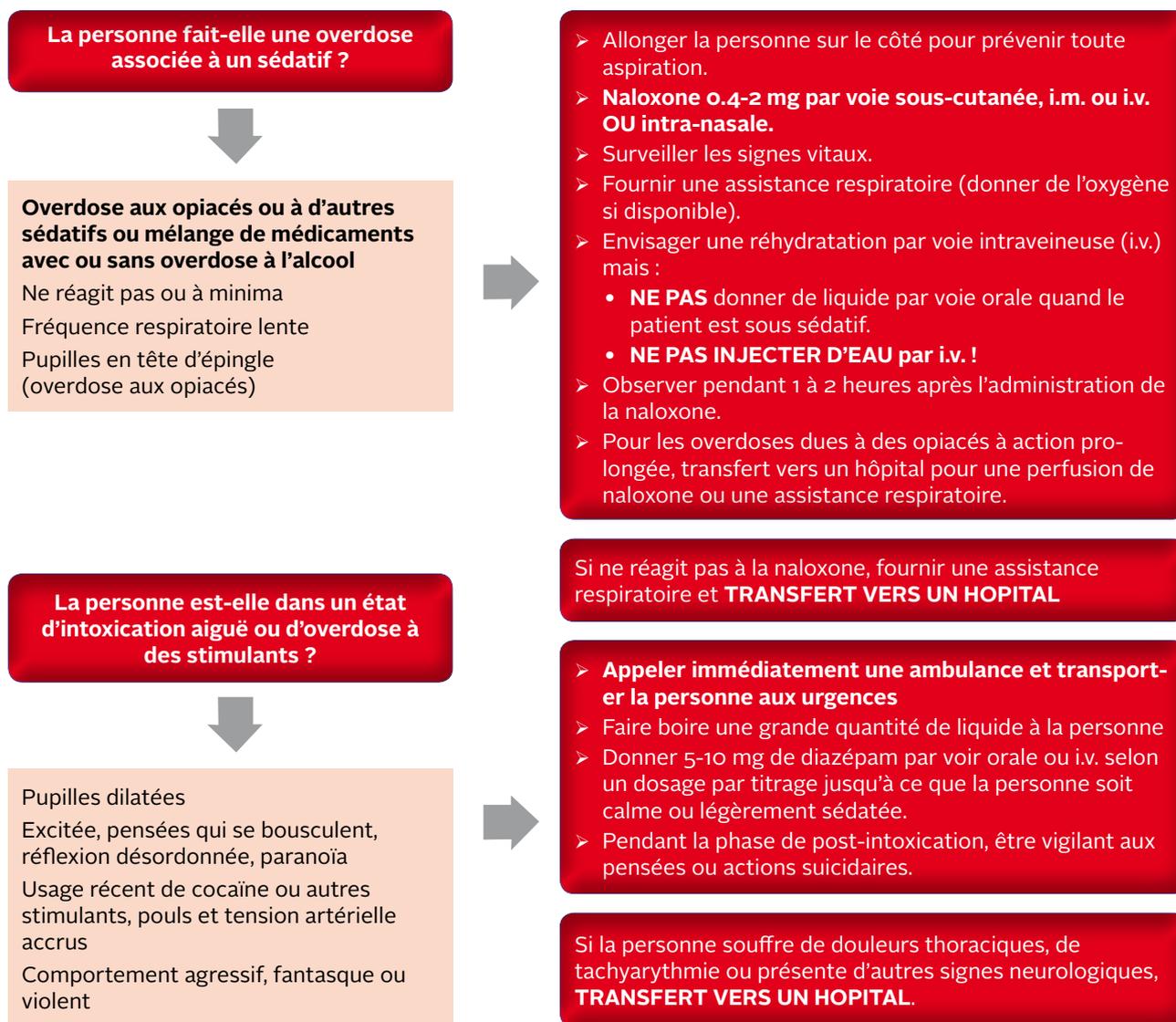
3.12.1 La prévention

Il existe plusieurs stratégies pour prévenir les overdoses aux opiacés. Il s'agit notamment de :

- l'expansion des interventions de réduction des risques associées, comme l'établissement de centres d'injection à moindres risques et l'amélioration de l'accès au TSO qui s'est révélé réduire le risque d'overdose ;
- l'éducation sur les causes de l'overdose aux opiacés et les stratégies concrètes pour réduire au minimum le risque d'overdose ;
- la formation pour réagir en cas d'overdose, notamment l'information pour reconnaître les symptômes, administrer la naloxone et les premiers secours ;
- la distribution et l'administration de naloxone pour prendre en charge l'overdose ;
- le renforcement de la surveillance communautaire de la pureté et de la qualité des drogues.

Voir aussi les conseils de l'OMS dans la publication *Community management of opioid overdose* (2014).

Figure 3.2 Guide d'évaluation et de prise en charge des urgences liées à une overdose



Tiré de : OMS. *mhGAP intervention guide—version 2.0* (2016)

3.12.2 Les interventions pour améliorer l'accès à la naloxone

La naloxone devrait être fournie parallèlement à une formation complète en prévention et prise en charge des overdoses dans les structures communautaires, et non en tant que substitut à cette formation. D'après l'expérience des organisations de réduction des risques, les mesures pour améliorer l'accès à la naloxone devraient s'efforcer de :

- **former les personnes qui ne font pas partie du corps médical (non professionnelles) et leur fournir de la naloxone directement** : ces personnes sont notamment les personnes exposées à un risque d'overdose aux opiacés, les amis et familles des PUDI et les travailleurs de proximité pairs et autres qui pourraient assister à une overdose ;
- **s'assurer que les intervenants professionnels ont de la naloxone** : ces intervenants sont non seulement les employés des hôpitaux, des dispensaires et les ambulanciers, mais aussi les employés du service d'urgence/secouristes comme les agents des forces de l'ordre et les pompiers ;

- améliorer l'accès par le biais de points de vente : il s'agit notamment d'encourager les médecins à prescrire de la naloxone et de mettre le médicament à disposition dans les pharmacies sans ordonnance.

Le tableau 3.2 présente les caractéristiques des différentes approches de distribution et leurs avantages et inconvénients.

Tableau 3.2 Approches pour la délivrance de naloxone

TYPE D'INTERVENTION	DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Distribution aux intervenants professionnels	Tous les intervenants de première ligne ont accès à la naloxone et sont formés à son administration, par exemple les ambulanciers, les policiers, les pompiers.	Les intervenants de première ligne sont souvent les premiers professionnels formés sur la scène d'une overdose.	Certains intervenants (par exemple les agents des forces de l'ordre) pourraient ne pas être les bienvenus
Étendre les points de vente	Travailler à améliorer l'accès à la naloxone sans ordonnance par le biais des pharmacies et autres points de distribution	Facilite l'accès à la naloxone	Manque de personnes formées en administration
Distribution directe	Le programme de réduction des risques distribue de la naloxone et dispense une formation aux clients par le biais des PAS existants, des services de traitement de la dépendance à la drogue, des services pénitentiaires ou autres, ainsi qu'aux travailleurs de proximité pairs, aux familles et amis des PUDI	Cible ceux qui sont les plus susceptibles d'assister à une overdose Facilite l'intégration	Des quantités relativement importantes de trousse de secours de prise en charge des overdoses/de naloxone sont nécessaires Les sensibilités politiques peuvent entraver cette

3.12.3 Les étapes pour mettre en œuvre un programme de distribution de naloxone

1. **Sensibiliser la communauté** : recueillir les données existantes sur les overdoses, si elles sont disponibles. Organiser des réunions de parties prenantes avec les personnes connaissant le contexte local lié aux overdoses, notamment les organisations de PUD, les prestataires de services médicaux et sociaux et, le cas échéant, le personnel des forces de l'ordre.
2. **Déterminer les contraintes politiques, la portée et la priorité de l'intervention** : la naloxone étant un médicament prescrit sous ordonnance dans la plupart des pays, des changements de réglementations ou de lois, ou des « essais » ou autres exemptions, pourraient être nécessaires pour que les gens qui assistent à une overdose puissent administrer de la naloxone.
3. **Choisir la formule de naloxone à distribuer** : bien que l'administration intranasale soit préférable pour les personnes non professionnelles (facile à administrer sans aiguilles), l'injection intramusculaire peut être plus facilement disponible. La formule intramusculaire est préférable à la formule intraveineuse pour les non-professionnels car elle est plus facile à administrer et la durée d'action est plus longue. La dose minimale devrait être comprise dans la fourchette 0,4 – 0,8 mg pour la première dose. D'autres doses peuvent être nécessaires.
4. **Former les formateurs** : une fois la portée de l'intervention déterminée, les formateurs devraient être sélectionnés. Ceux-ci peuvent être des PUDI, des membres du personnel soignant ou des prestataires de services sociaux.

Encadré
3.16

Exemple concret : Délivrance de naloxone dirigée par des pairs en Chine

Une ONG de réduction des risques en Chine a distribué les cartes d'une permanence téléphonique à appeler en cas d'overdose par le biais d'un programme existant d'accès aux seringues. Les personnes assistant à des overdoses contactaient des éducateurs pairs se déplaçant à moto qui administraient la naloxone. Six travailleurs pairs de l'ONG ont réussi à traiter 76 overdoses en 30 mois, à un coût supplémentaire minimal pour le programme. Après avoir obtenu le soutien d'un hôpital local, le programme a commencé à distribuer la naloxone directement aux clients et membres de leurs familles. Des programmes communautaires de naloxone sont maintenant opérationnels dans les provinces du Guangxi, du Hubei, du Sichuan, du Xinjiang et du Yunnan.

3.13 Les services psychosociaux

Les structures de soins et de réduction des risques peuvent servir à détecter et prendre en charge les problèmes de santé mentale chez les PUDI. Des études indiquent que les problèmes de santé mentale chez les personnes vivant avec le VIH peuvent affecter la mise en route ou l'observance du traitement et mener à de mauvais résultats du traitement. Ces problèmes peuvent notamment être la dépression et les pensées suicidaires, un éventail de problèmes liés à l'anxiété ainsi que des maladies mentales plus sévères, comme les troubles de l'humeur et la psychose, les troubles de la personnalité et le stress post-traumatique.

Il est important que les prestataires soient conscients de la stigmatisation intériorisée – l'auto-acceptation des préjugés ou stéréotypes que nourrissent les autres – qui peut mener à un repli social, une mauvaise estime de soi et à une réticence subséquente à accepter ou observer un traitement ou d'autres services sanitaires et sociaux, certaines personnes en venant à se considérer comme ne méritant pas un traitement respectueux, voire aucun traitement.

La publication de l'OMS *mhGAP intervention guide–version 2.0* (2016) présente des recommandations liées aux soins de santé mentale généraux pouvant être pertinents pour les personnes vivant avec le VIH, notamment celles appartenant aux populations clés.

3.14 Pour aller plus loin

Programmes d'accès aux seringues (PAS)

1. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2007.
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en>
2. Strike C, et al. Needle exchange programmes: best practice recommendations. Toronto (ON) : Ontario Needle Exchange Coordinating Committee; 2006.
<http://www.catie.ca/en/resources/ontario-needle-exchange-programs-best-practice-recommendations>

- Burrows D. Starting and managing needle and syringe programs: a guide for Central and Eastern Europe/Newly Independent States. New York (NY) : International Harm Reduction Development/Open Society Institutes; 2000.
https://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=oahUKEwjBhP7bkoPQAhXJK8AKHbvsDnkQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fharmreduction.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2012%2F01%2FStarting-and-managing-NSP-programs.pdf&usq=AFQjCNEB9Gm3oo_GgG5HErN58iKNBzBJSQ&sig2=mCr4MbamCY4NICowNTufsw

TSO et autres services liés à la dépendance à la drogue ayant fait leurs preuves

- Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf
- Interventions to address HIV in prisons: HIV care, treatment and support. Evidence for action technical paper. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2007.
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en>
- Principles of drug dependence treatment. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime ; 2009.
https://www.unodc.org/docs/treatment/Principles_of_Drug_Dependence_Treatment_and_Care.pdf
- mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings–version 2.0. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_o2/en
- Technical briefs on amphetamine-type stimulants (ATS). Manille : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour le Pacifique occidental.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats_tech_brief/en
- WHO/UNODC/UNAIDS position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime, Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2004.
<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Position%20Paper%20sub.%20maint.%20therapy.pdf>
- UNODC Drug Dependence Treatment: Treatnet Training Package. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime; 2008.
<https://www.unodc.org/treatment/en/training-package.html>

Services de dépistage du VIH

- Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic policy framework. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf
- Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010.
http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/en

3 Les services de santé et de soutien

13. Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2016.
<http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en>
14. Lignes directrices unifiées relatives aux services de dépistage du VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en>

Traitement ARV

15. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Second edition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>

Santé sexuelle et reproductive

16. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en
17. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en>
18. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. [The SWIT]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013
<http://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hivsti-programmes-sex-workers-practical-approaches>

Programmation relative aux préservatifs

19. Condom programming for HIV prevention: a manual for service providers. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
<http://www.unfpa.org/publications/condom-programming-hiv-prevention>
20. Comprehensive condom programming: a guide for resource mobilization and country programming. New York (NY) : Fonds des Nations unies pour la Population ; 2011.
<http://www.unfpa.org/publications/comprehensive-condom-programming>

Hépatites virales B et C

21. Guidance on the prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2012.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en>
22. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection– updated version April 2016. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
<http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en>
23. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.
<http://who.int/hiv/pub/hepatitis/hepatitis-b-guidelines/en>

Tuberculose

24. WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012.
http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en
25. Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
http://www.who.int/tb/publications/integrating-collaborative-tb-and-hiv_services_for_pwid/en/
26. TB advocacy guide for people who use drugs. Genève : Programme des Nations unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé, HIT, International Network of People Who Use Drugs.
http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/assets/documents/TBHIV_Advocacy_Guide.pdf

Overdose

27. Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime ; 2013.
<https://www.unodc.org/treatment/en/discussion-paper.html>
28. Community management of opioid overdose. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en
29. Stopping overdose: peer-based distribution of naloxone. New York (NY) : Open Society Foundations, 2011.
<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/stopping-overdose>
30. Overdose prevention. [site internet]. Harm Reduction Coalition. Consulté le 5 décembre 2016.
<http://harmreduction.org/issues/overdose-prevention>
31. Naloxoneinfo.org [site internet]. Open Society Foundations. Consulté le 5 décembre 2016.
<http://www.naloxoneinfo.org>

Les femmes et les jeunes

32. Women who inject drugs and HIV: addressing their specific needs. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime ; 2014.
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf
33. Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Vienne : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime ; 2016.
https://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/publications_drugs.html
34. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en>
35. HIV and young people who inject drugs: a technical brief. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en>

Les prisons

36. Interventions to address HIV in prisons: effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Evidence for action technical paper. Genève : World Health Organization; 2007.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en
37. A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime ; 2014.
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf
38. HIV and AIDS in places of detention: a toolkit for policy makers, programme managers, prison managers and prison health staff. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime; 2008.
<https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Deco8.pdf>
39. Women and HIV in prison settings. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime; 2008.
<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women%20and%20HIV%20in%20prison%20settings.pdf>
40. Policy brief: HIV testing and counselling in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime ; 2009.
https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/UNODC_WHO_UNAIDS_2009_Policy_brief_HIV_TC_in_prisons_ebook_ENG.pdf

Général

41. Evidence for action: effectiveness of communitybased outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004.
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactioncommunityfinal.pdf
42. Management of common health problems of drug users: guidelines for the primary health care of drug users. Delhi : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Asie du Sud-est ; 2009.
<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290222927/en>



4

Les approches en matière d'offre de services



Table des matières

4.1	Introduction	113
4.2	Les stratégies pour concevoir et démarrer des services efficaces	113
4.2.1	Les considérations pour fournir des services à des groupes spécifiques	115
4.2.2	Les modèles d'offre de services	117
4.2.3	Rendre les programmes de réduction des risques acceptables pour la population locale	119
4.2.4	Le suivi et l'évaluation	120
4.3	La planification des services de réduction des risques menés par la communauté	120
4.4	Le recrutement et la gestion du personnel de la communauté dans les programmes ...	122
4.4.1	Le recrutement des membres de la communauté	122
4.4.2	L'encadrement et le soutien des membres de la communauté	122
4.4.3	La supervision indépendante	124
4.5	Les actions de proximité menées par les pairs	124
4.5.1	L'encouragement à l'accès aux services par les travailleurs de proximité pairs	124
4.5.2	Le recrutement et la formation des travailleurs de proximité pairs	126
4.5.3	La mise en œuvre des actions de proximité	128
4.5.4	L'accompagnement pas les pairs	131
4.6	Les lieux d'accueil	131
4.6.1	La planification d'un lieu d'accueil	131
4.6.2	La mise en place du lieu	133
4.6.3	La délivrance des services	134
4.6.4	La gestion du lieu d'accueil	136
4.7	Pour aller plus loin	138

Ce que contient ce chapitre

Ce chapitre propose des conseils pratiques pour concevoir des services acceptables et accessibles pour les personnes usagères de drogues injectables (PUDI), et pour impliquer les membres de la communauté en tant que personnel de programme. Il détaille également deux aspects spécifiques des services menés par la communauté : le travail de proximité mené par les pairs et les lieux d'accueil.

4.1 Introduction

Ce chapitre décrit des stratégies pour concevoir et mettre en œuvre des services efficaces pour les PUDI. Les principes de l'autonomisation¹ de la communauté sont particulièrement importants : impliquer les PUDI dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi des services peut avoir un impact positif sur l'utilisation des services. Le succès des programmes de réduction des risques dirigés par les communautés est limité dans les contextes actuels de pénalisation de l'usage de drogue, de stigmatisation et de discrimination. Les programmes de réduction des risques ont donc été développés par des organisations non gouvernementales (ONG) et des associations de PUDI qui, dans quelques pays, sont soutenues et financées par les gouvernements. Ce chapitre examine quelques principes généraux du travail avec les PUDI en tant que membres du personnel, qui seront particulièrement utiles là où les services de réduction des risques sont fournis par des organisations non communautaires.

Les PUDI peuvent exercer de nombreuses fonctions dans un programme de réduction des risques, comme l'éducation, le plaidoyer, les services médicaux, l'administration, la gestion de programme, le suivi et la supervision. Ce chapitre met l'accent sur deux fonctions spécifiques : les travailleurs de proximité pairs, c'est-à-dire les PUDI formées pour fournir des services de réduction des risques ou faciliter leur accès, et les accompagnateurs pairs, qui aident les personnes à s'orienter au sein des services sociaux, juridiques et sanitaires pour le traitement et la prise en charge du VIH et d'autres maladies. Enfin, l'utilisation des lieux d'accueil comme points de fourniture des services est examinée.

4.2 Les stratégies pour concevoir et démarrer des services efficaces

- **Planification et évaluation** : une évaluation minutieuse de la situation avant de démarrer les services améliorera l'efficacité et la pérennité du programme. Le *Rapid assessment and response guide on injecting drug use* (1998) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fournit les outils qui facilitent ce processus. Le manque de données ne devrait pas constituer un obstacle au développement des services, mais il est important de démarrer et de renforcer la recherche et le recueil de données pour développer des programmes fondés sur des données concrètes.
- **Mobilisation de la communauté** : les programmes efficaces impliquent les PUDI dans la prise de décision dès les premières étapes : lors des évaluations, de la planification et de la prise de décisions au sujet de la localisation, du type de matériels et de services à fournir (concernant les services dans les prisons, voir la publication de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime et de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies *HIV in prisons: situation and needs assessment toolkit* ; 2010).
- **Services menés par les pairs** : l'importance de la participation de la communauté peut être améliorée par l'implication et la formation des membres de la communauté dans les domaines de la coordination, de l'offre et du suivi des services, notamment de proximité, de la gestion courante des lieux d'accueil, de l'accompagnement dans les dispositifs de santé primaire et

1 Dans cet outil, le terme « communauté » se réfère le plus souvent à des populations de personnes usagères de drogues injectables, plutôt qu'aux groupes géographiques, sociaux ou culturels plus larges dont ils peuvent faire partie. Ainsi, « les actions de proximité auprès de la communauté » sont des actions destinées aux PUDI, « les intervention menées par la communauté » sont les interventions menées par des PUDI ou par des personnes intégrées à la communauté, et les « membres de la communauté » sont les PUDI ou les personnes intégrées à la communauté. Pour une définition précise, voir le chapitre 1, encadré 1.1.

d'autres services, et dans la prévention et la prise en charge des overdoses. Pour plus de détails, voir la section 4.3.

- **Formation du personnel** : il est capital de dispenser une formation continue aux soignants et aux autres membres du personnel en contact avec les PUDI pour améliorer leurs compétences techniques et de communication.
- **Souplesse** : les programmes doivent être souples et réorganisés lorsque c'est nécessaire pour rester efficaces en cas de changement rapide des tendances de consommation au niveau local.
- **Suivi** : le suivi et l'évaluation sont essentiels pour évaluer l'atteinte des objectifs du programme, ainsi que pour comprendre et répondre aux changements des besoins des clients (voir la section 4.2.4). Les PUDI devraient jouer un rôle important dans le suivi et l'évaluation des programmes, en donnant leur opinion sur l'efficacité, la qualité et l'acceptabilité des services.

Encadré 4.1

Des services centrés sur l'utilisateur

Les services conçus avec une attention spécifique portée aux besoins des PUDI seront plus efficaces. Une approche fondée sur le respect des droits est également importante. Le comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU (observation générale n° 14) reconnaît que le droit à la santé est assuré seulement si les services essentiels sont non discriminatoires, fondés sur des données concrètes, intègrent une approche tenant compte de la dimension de genre, sont culturellement adaptés, non contraignants, humains et respectueux. Les caractéristiques suivantes s'appliquent à tous les services présentés dans ce chapitre. Les services devraient être :

- **appropriés** : efficaces, de grande qualité, proposés dans un délai convenable et répondant aux besoins des PUDI. Les services de santé devraient correspondre aux standards, meilleures pratiques en vigueur et lignes directrices établis au niveau international ;
- **accessibles** : proposés à des moments et dans des endroits pratiques pour les PUDI, y compris en dehors des heures de travail classiques et durant les week-ends. Lorsque cela est possible, les services devraient être intégrés (dans le même lieu) ou étroitement liés de façon à ce qu'une personne puisse accéder à une plus large gamme de services lors d'une même visite (voir la section 4.2.2). Une formation croisée des prestataires est importante. Les services devraient être à bas seuil d'exigence, disponibles sans rendez-vous et avec des temps d'attente réduits ;
- **acceptables** : les prestataires de services de santé devraient être discrets et respectueux, ne devraient pas porter de jugement ni stigmatiser. Ils devraient être formés au devoir de soigner les PUDI et savoir comment répondre à leurs besoins spécifiques. Les services destinés aux PUDI sont mieux dispensés dans les dispositifs communautaires et en étroite collaboration avec les services de santé des organisations de la société civile, les services de santé de droit commun et les autorités gouvernementales (ou nationales). Les accompagnateurs pairs devraient être disponibles là où leur présence est nécessaire, pour aider les utilisateurs à accéder aux services et faciliter leur compréhension des actions proposées (voir la section 4.5.4). Les programmes devraient tenir compte du fait que les femmes usagères de drogues injectables sont souvent plus marginalisées et ont un accès extrêmement limité aux services de réduction des risques. La diversité des besoins entre

les jeunes PUDI et celles qui sont plus âgées doit aussi être prise en considération lors de la conception des services ;

- **confidentiels** : la confiance doit être établie entre les utilisateurs et les prestataires de services. Le counselling et les examens devraient avoir lieu dans des espaces privés. La confidentialité des informations personnelles doit être garantie conformément aux normes médicales. Que l'enregistrement des données se fasse de façon informatique ou sur papier, leur accès devrait être strictement limité et traçable. Les informations concernant les utilisateurs ne doivent jamais être transmises à des tiers non médicaux sans l'accord de l'utilisateur ;
- **non discriminatoires** : Tous les clients devraient être traités indépendamment de leur âge, sexe, orientation sexuelle, identité de genre, appartenance ethnique, religion, classe, de leur activité et de leur situation en matière d'usage de drogue. Une « charte de service » devrait être affichée de manière visible pour les utilisateurs. Notamment, aucune entrave ou barrière légale ne devrait empêcher l'accès des jeunes aux services de réduction des risques ou aux prestataires fournissant de tels services aux jeunes ;
- **consentis de façon éclairée** : L'accès au service doit être volontaire. Tous les utilisateurs doivent donner leur consentement pour le traitement, en se fondant sur une information suffisante et exacte pour permettre un choix éclairé. Le droit de tout utilisateur, y compris des PUDI, de refuser le traitement doit toujours être respecté ;
- **abordables** : Les services devraient être gratuits ou abordables, et tenir compte des coûts de transport et des éventuelles pertes de revenu liées au temps passé pour la visite d'un prestataire de services. Dans la mesure du possible, les programmes devraient être facilement accessibles en transports publics de façon à ce qu'une fréquentation régulière du service soit possible ;
- **sûrs** : les programmes doivent mettre en place des règles favorisant la sécurité de l'utilisateur, en particulier dans les contextes où l'usage de drogue est pénalisé.

4.2.1 Les considérations pour fournir des services à des groupes spécifiques

Toucher des groupes spécifiques de PUDI, tels que les femmes, les jeunes, les lesbiennes, les gays, les personnes bisexuelles ou transgenres, les travailleurs et travailleuses du sexe, peut être difficile, et des indications devraient être données quant à la façon de rendre les services adaptables et accessibles à ces groupes. Dans la mesure du possible, il est recommandé de recruter des PUDI appartenant à ces groupes pour toucher leurs pairs, et d'adapter les services pour répondre aux besoins exprimés.

L'ensemble du personnel devrait être formé aux différentes manières dont les groupes spécifiques se procurent et consomment les différentes drogues et y réagissent. La formation devrait être dispensée par des représentants de chaque groupe spécifique de PUDI et des spécialistes en santé. Une information fondée sur des données concrètes garantit que les services sont adaptés et intègrent les savoirs et l'expérience de la communauté.

Les interventions de réduction des risques, y compris les programmes d'accès seringues et les traitements de substitution aux opiacés (TSO), tout comme les traitements du VIH, de la tuberculose et des hépatites devraient être disponibles sans interruption à toutes les étapes du système

pénal. Les détenus inscrits dans un PAS ou sous TSO avant leur incarcération devraient pouvoir continuer ces programmes que ce soit en détention, en prison ou après leur libération. Un continuum de soins sans rupture exige une étroite collaboration entre les services de santé de la prison, les services de police et de justice, les prestataires de santé et les associations menées par la communauté. Le lien avec les services communautaires constitue une passerelle importante pour les personnes sortant de prison, qui peut faciliter une mise en relation rapide avec les services de santé et l'observance du traitement. Introduire les services communautaires dans les prisons peut réduire le risque d'abandon des services de santé au moment de la remise en liberté et renforcer le parcours de soins. Voir également la section 2.3.5 du chapitre 2.

Encadré
4.2

Exemple concret : L'offre de services aux femmes usagères de drogues injectables en Ukraine

L'initiative Women for Women (« Les femmes pour les femmes », W4W) a été développée pour fournir des services VIH et de réduction des risques intégrant la dimension de genre, en particulier aux femmes usagères de drogues injectables, aux femmes dont le partenaire est un usager de drogues injectables et aux femmes sortant de prison. Le programme, initialement mené avec le soutien de l'ONUSIDA, a été transféré aux services municipaux en Ukraine en novembre 2013.

Six ONG de réduction des risques établies se sont vu attribuer une subvention pour intégrer l'approche de genre dans leurs services, comprenant le soutien des interventions particulièrement importantes pour les femmes telles que la prévention de la violence liée au genre (dont le counselling proposé aux partenaires sexuels masculins), l'assistance juridique, la prise en charge des enfants, l'aide alimentaire, la fourniture de produits d'hygiène, la mise à l'abri, le renforcement de l'estime de soi et la recherche d'emploi. Des liens ont également été établis avec des structures médico-sociales publiques au niveau local. La formation du personnel des ONG ainsi que de quelques représentants du gouvernement comprenait un voyage d'études à Vienne pour familiariser les participants avec la gestion quotidienne des services liés au VIH et de réduction des risques destinés aux femmes, et des ateliers sur la façon de développer ces services. Le programme comprenait également le renforcement des capacités des participants en matière de techniques de travail de proximité, de leadership et d'autonomisation, de plaidoyer et de recherche de financements. Les femmes usagères de drogues injectables participent aux nombreux aspects de la fourniture des services.

Au cours de la période du projet (2011–2013), un peu plus de 2 000 femmes ont bénéficié de services à travers le programme. Impliquer les intervenants municipaux dans les services de réduction des risques destinés aux femmes vulnérables dans leurs propres communautés a permis de réduire la stigmatisation et la discrimination. Le problème de la viabilité financière a été résolu en intégrant les activités du programme aux structures prestataires de services locales. La formation intensive permet de s'assurer que les prestataires de services, publics ou privés, ont les compétences en matière de plaidoyer, de gestion et de recherche de financements nécessaires à la pérennisation des services sur le long terme. Tout aussi important a été le maintien d'un dialogue entre les organisations de la société civile et les administrations locales.

4.2.2 Les modèles d'offre de services

Les PUDI peuvent avoir des besoins médicaux, économiques et psychosociaux multiples, qui constituent des défis importants pour les prestataires de services. L'incarcération, le chômage chronique, l'absence de domicile, la stigmatisation et la discrimination ont des effets négatifs sérieux sur leurs expériences et le suivi des soins, notamment concernant l'observance du traitement. Les systèmes de santé doivent être conçus à partir d'une solide compréhension de cette complexité et fournir un environnement favorable au succès des traitements. La qualité et l'efficacité de l'offre de services devraient être définies par l'utilisateur et être monitorées par le prestataire de services et le gouvernement.

Bien que les différentes sections de ce chapitre abordent différents services de santé, le but d'une planification de programme efficace devrait être de créer des modèles d'offre de services étroitement liés ou intégrés, avec le moins d'obstacles possible à l'accès aux services. Dans l'idéal, les services de qualité sont situés là où les PUDI vivent ou se rassemblent, de sorte qu'il soit facile d'y accéder et de les utiliser. Divers modèles peuvent être considérés, selon l'infrastructure disponible, comme le montre le tableau 4.1. Quelques services peuvent être fournis dans un lieu fixe, habituellement un lieu d'accueil (voir la section 4.6) ou un hôpital. D'autres peuvent être à 100 % des services de proximité, c'est-à-dire fournis à partir d'une unité mobile ou par des travailleurs de proximité² rendant visite à des personnes au sein de la communauté. Dans l'idéal, les programmes devraient associer les modèles de travail en lieu fixe et de proximité.

Les services fournis aux PUDI, et les moyens grâce auxquels ils sont fournis, dépendent de divers facteurs, parmi lesquels le cadre juridique applicable à l'usage de drogues, aux services et au matériel de réduction des risques. La réduction des risques étant de plus en plus largement acceptée, il est important que les services soient disponibles non seulement dans les zones urbaines, mais aussi en zone rurale ou dans les groupes communautaires où l'usage de drogue est fréquent. Dans ces contextes, il est difficile de créer des comités formels de PUDI, mais un comité local peut travailler pour s'assurer que les PUDI de leurs villages aient accès à des aiguilles et seringues stériles, par exemple par l'intermédiaire des pharmacies ou des commerces.

Lors de la planification de programme, les organisations devraient tenir compte du fait que les pratiques policières locales peuvent ne pas être conformes à la législation nationale. Cela peut être l'occasion de prendre contact avec les forces de l'ordre dans certains sites. Dans la mesure du possible, et si cela est sans danger, les associations peuvent travailler avec la police en engageant un dialogue et en négociant des accords pour prévenir le harcèlement des membres de la communauté sur les sites de délivrance des services (pour de plus amples informations, voir les encadrés 2.11 et 2.12 du chapitre 2). D'autres facteurs à considérer sont les tendances et pratiques locales d'usage de drogues, le niveau d'autonomisation de la communauté, et les ressources humaines et financières disponibles pour la mise en œuvre des activités.

2 Un travailleur de proximité pair est une personne usagère de drogues injectables qui conduit des actions de proximité auprès d'autres PUDI, et qui ne travaille généralement pas à temps-plein dans un projet de prévention du VIH (le personnel à temps plein pourrait être dénommé « personnel de proximité » ou simplement « travailleurs de proximité »). Les travailleurs de proximité pairs sont également désignés par d'autres termes, notamment « éducateurs pairs », « travailleurs de proximité communautaires » ou « travailleurs de proximité ». Cependant, les termes « pairs » ou « communauté » ne devraient être ni compris ni utilisés pour suggérer des qualifications ou des compétences moindres que celles du personnel de proximité.

Tableau 4.1 Modèles et lieux de délivrance de soins de santé primaires pour les PUDI

LIEU DE DÉLIVRANCE	BENEFITS	CHALLENGES
Lieu d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> • Des services complets peuvent être fournis ; la combinaison d'actions médicales et de prévention et d'information est possible • Souple pour répondre aux besoins des hommes et des femmes usagers de drogues injectables • La participation des PUDI est possible 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut ne pas proposer de services médicaux • La qualité de la prestation de service peut varier • Peut rendre difficile l'établissement de liens formels avec les services de santé
Unité de proximité/ mobile Camionnette ou bus, ou à pied	<ul style="list-style-type: none"> • Peut toucher des PUDI difficiles à atteindre • Acceptable et accessible • D'un bon rapport coût-efficacité si elle permet de toucher un nombre significatif de PUDI difficiles à atteindre • Réponse flexible dans les contextes d'environnements hostiles aux lieux fixes 	<ul style="list-style-type: none"> • Les horaires et la gamme des services proposés peuvent être plus limités que dans un lieu d'accueil
Hôpital/dispensaire Public, associatif ou privé	<ul style="list-style-type: none"> • De meilleurs services médicaux • Les normes d'assurance qualité sont contrôlées • Lié directement aux autres services de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • La stigmatisation et la discrimination peuvent être un problème • Des heures d'ouverture limitées

Gestion de cas

La gestion de cas est un modèle efficace pour maintenir sur le long terme l'utilisation des services de santé par les PUDI, en particulier lorsqu'elles bénéficient des services dans une structure de santé publique (ou générale) (plus que dans une structure communautaire). La gestion de cas se fonde sur l'approche suivante :

- **entretien initial** dans le cadre du dépistage ou du diagnostic ;
- phase de **suivi intensif** pour soutenir les clients dans leurs difficultés lorsqu'ils entrent dans le système de santé. Ici, le gestionnaire de cas et l'utilisateur abordent des questions telles que :
 - les problèmes de transport (financiers et pratiques)
 - le meilleur moment pour l'utilisateur pour se rendre dans une structure médicale
 - les craintes ou les mauvaises expériences passées avec le personnel médical
 - la planification des rendez-vous pour les prochains examens et contrôles médicaux.
 Pendant cette phase, le gestionnaire de cas réalise des entretiens réguliers avec l'utilisateur du service, il l'accompagne au centre de santé, lui présente le personnel et ajuste le calendrier des visites suivantes.
- **phase de suivi continu** : le gestionnaire de cas appelle régulièrement l'utilisateur du service et s'entretient avec le personnel de santé en cas de problème. Pendant cette phase, il est recommandé d'inviter l'utilisateur aux sessions d'information en matière de prévention et de traitement, afin de s'assurer qu'il comprend parfaitement le but des protocoles médicaux et des étapes à venir, notamment le traitement antirétroviral (ARV). Au cours de la phase de

suivi continu, la gestion de cas aborde des questions plus générales en matière de bien-être en santé, social et psychologique, notamment les décisions médicales relatives aux doses de méthadone à emporter chez soi, et les besoins de soutien des familles des utilisateurs, en particulier concernant la santé et le bien-être des enfants.

L'intégration des services

Des services intégrés offrent la possibilité d'une prévention, d'un diagnostic, d'un traitement et d'une prise en charge centrés sur l'utilisateur abordant l'ensemble des questions touchant les PUDI. Cette approche de « guichet unique » peut inclure tout élément de l'ensemble complet de services de réduction des risques. Le facteur clé d'une intégration efficace est non seulement l'unité de lieu des services, mais également la collaboration entre les prestataires de services, par exemple pour permettre la délivrance d'ARV et la distribution de préservatifs et de lubrifiants dans les centres de TSO. Lorsque l'intégration des services n'est pas possible, il est important d'établir et de maintenir des liens forts entre les services de santé recevant des PUDI. Cela peut être facilité par des formations croisées inter-organisations, le détachement de personnel, et en renforçant la qualité à travers des réseaux de référencement.

4.2.3 Rendre les programmes de réduction des risques acceptables pour la population locale

La stigmatisation liée aux PUDI influe sur l'endroit où les services, notamment les PAS fixes et les centres de TSO, peuvent être situés. Dans certaines villes et municipalités, les lois et les arrêtés stipulent qu'un centre de traitement de la dépendance à la drogue ne peut être situé près d'une école, d'une église, d'un terrain de jeu ou d'espaces publics de ce type. Les autorités locales et les politiques répondent aux préoccupations réelles ou perçues de la population générale, et souvent ne soutiennent pas la mise en place de services de réduction des risques là où ils sont nécessaires. En conséquence, il y a souvent trop peu de centres, et ceux qui existent peuvent être difficiles d'accès et peu desservis en transports en commun. Cela augmente les difficultés quotidiennes des PUDI et réduit l'accès et l'utilisation des services, notamment les services de traitement.

Un plaidoyer consciencieux et continu au sein de la population locale est nécessaire pour préparer l'installation de tout service destiné aux PUDI, et en particulier de ceux à bas seuil d'exigences tels que les PAS ou les TSO. La mise en place et la délivrance de services essentiels peuvent être entravées non seulement par des lois, mais aussi par une couverture médiatique négative (et souvent inexacte). Organiser régulièrement des formations pour les médias et le personnel de police sur la réduction des risques, des réunions avec les forces de l'ordre et des sessions de sensibilisation de la population locale et des responsables politiques peut aider à créer un environnement plus favorable pour les programmes. En outre, les responsables de programme et les prestataires de services peuvent travailler avec les PUDI pour résoudre les problèmes qui préoccupent la population. Dans de nombreux cas, les comportements à l'origine des objections sont facilement modifiés par les PUDI elles-mêmes ; par exemple, les travailleurs de proximité pairs peuvent ramasser les seringues usagées sur les lieux fréquentés par la population locale, ou peuvent convaincre les PUDI de ne pas les jeter dans des endroits tels que les terrains de jeux pour enfants. Pour de plus amples informations, voir la section 4.6.2.

4.2.4 Le suivi et l'évaluation

il existe plusieurs modèles pour suivre les actions de lutte contre le VIH chez les PUDI :

- WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users—2012 revision. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013.
- Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.
- Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.
- Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for people who inject drugs. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2011.

Chacun de ces guides recommande un ensemble d'indicateurs à l'échelle nationale. Ces indicateurs évaluent les facteurs déterminants pour un environnement catalyseur, mesurent la disponibilité, la couverture et la qualité des interventions spécifiques, et analysent leurs résultats et impact.

4.3 La planification des services de réduction des risques menés par la communauté

Les services de réduction des risques menés par la communauté sont des interventions conçues et mises en œuvre par les PUDI pour faciliter l'accès aux soins d'autres personnes de la communauté et répondre à leurs besoins, notamment en matière de prévention du VIH et de l'hépatite C (VHC). C'est une approche sous-utilisée au niveau mondial, qui mériterait d'être généralisée pour le bénéfice de tous. Si un programme de réduction des risques n'est pas géré par une organisation de PUDI, employer des PUDI ou des personnes qui l'ont été et qui sont toujours intégrées à la communauté (c'est-à-dire qui continuent à partager un lien, des valeurs et points de vue d'autres PUDI), facilitera l'entrée en contact et la construction de liens avec les autres PUDI là où elles vivent.

Les PUDI peuvent créer un environnement catalyseur qui incite d'autres PUDI à accéder aux soins et à un soutien social, même lorsque le cadre politique et législatif national est hostile ou que l'usage de drogues injectables est pénalisé ou fait l'objet de discrimination. Grâce à un appui continu, les services de réduction des risques menés par la communauté peuvent également fournir les bases d'un plaidoyer solide qui s'attaque aux obstacles structurels et à la stigmatisation et discrimination qui sous-tendent nombre d'actions institutionnelles. En conséquence, les membres de la communauté devraient être recrutés dans l'équipe du programme aussi souvent que possible. Ceux-ci devraient être des personnes qui consomment ou ont consommé des drogues injectables, et qui vivent dans le quartier où se situe le service et le connaissent bien. Elles devraient aussi connaître leurs pairs, et avoir leur respect et leur confiance. Les étapes décrites dans le chapitre 1 pour construire la confiance et les liens avec la communauté devraient être suivies.

Dans certains contextes, il n'est pas possible de mettre en place des programmes de réduction des risques dirigés par la communauté, soit parce qu'il n'y a pas de communauté organisée de PUDI, soit en raison de lois et de pratiques répressives, qui rendent la réalisation d'actions de proximité visibles dangereuses pour les PUDI. Dans ces cas, une ONG peut organiser le démarrage du travail de proximité. Si l'équipe du programme est principalement constituée de personnes non membres de la communauté, ce devrait dans l'idéal être des personnes ayant une bonne connaissance du

contexte local, en contact avec les PUDI et ayant leur confiance. Lorsque c'est possible, l'organisation devrait mettre en place un comité de pilotage constitué de membres de la communauté pour participer au suivi et à la supervision du travail de proximité effectué par les personnes non membres de la communauté (voir également la section 4.4.3).

**Encadré
4.3**

**Exemple concret :
Action de proximité intégrée en Indonésie**

Peka, une organisation de la société civile basée dans la province occidentale de Java en Indonésie, fournit un continuum de soins aux PUDI à Jakarta et dans les villes et districts de la région de Bogor. La plupart des employés ont également l'expérience de l'usage de drogues. Peka offre un programme d'enseignement sur les aptitudes à la vie quotidienne, de prévention et de traitement du HIV, et de lutte contre la stigmatisation. Lors des actions de proximité, les pairs distribuent du matériel d'injection stérile et orientent vers des services de counselling et de dépistage du VIH, des services proposant des traitements ARV et d'autres consultations médicales, et vers des services de santé générale ou spécialisés dans la prise en charge du VIH. Un groupe de soutien constitué de pairs diffuse une information à jour concernant le VIH et l'usage de drogues. Le programme offre également des conseils et une assistance juridique pour défendre les droits et autres besoins des utilisateurs des services en détention. Tous les services fournis sont documentés et gérés par le département de programme « Halfway House » (« à mi-chemin de chez soi ») de Peka.

**Encadré
4.4**

**Principes essentiels des services
de réduction des risques menés par la communauté**

Bien qu'il existe divers modèles et approches pour offrir des services de réduction des risques menés par la communauté, certaines pratiques permettront de s'assurer que les services répondent efficacement aux besoins des PUDI au sein de leurs contextes et communautés spécifiques :

- l'organisation dispose d'une charte soutenant les PUDI, élaborée en étroite collaboration avec elles ;
- les PUDI occupent des postes décisionnels au sein de la direction ;
- la politique de l'organisation prend en considération les PUDI membres du personnel, assure leur sécurité et la protection de leurs droits ;
- la stratégie organisationnelle est réactive et adaptable pour répondre aux besoins et changements au sein de la communauté ;
- une instance indépendante, composée de membre de la communauté (par exemple des collectifs d'usagers de drogues), est mise en place pour répondre aux préoccupations de la communauté ;

- les expériences vécues par les PUDI et l'impact positif des services sur leurs vies sont documentés de façon rigoureuse afin de s'assurer que les enseignements peuvent être partagés et développés.

4.4 Le recrutement et la gestion du personnel de la communauté dans les programmes

4.4.1 Le recrutement des membres de la communauté

Dans les premières étapes d'un programme, le choix du personnel de la communauté (notamment, mais pas exclusivement, les travailleurs de proximité pairs) peut être un processus informel : l'organisation opérationnelle peut inviter les PUDI à s'impliquer en tant que travailleurs de proximité pairs ou dans d'autres fonctions, et à aider à l'identification et au recrutement d'autres personnes. À mesure que le programme se développe, il est probable qu'un plus grand nombre de PUDI se présentent pour savoir de quoi il s'agit et aient envie de s'impliquer. Un processus optimal pour recruter et former le personnel de la communauté peut être développé au fil du temps, et les étapes suivantes devraient être considérées :

- La formation d'un comité de pilotage comprenant des membres de la communauté, le bailleur de fonds, des membres de la population locale et autres acteurs concernés ;
- Le comité de pilotage rédige les descriptifs de poste, précisant les critères de sélection et de recrutement aussi bien que les rôles et responsabilités, et les liens hiérarchiques du personnel. Cela comprend les politiques en matière de salaires et d'indemnité ainsi que les possibilités de progression de carrière ;
- l'élaboration d'une stratégie pour diffuser les descriptifs de poste, de façon à ce que le plus grand nombre de PUDI soient informées de la possibilité de participer au programme en tant que membres du personnel et qu'elles aient le temps de présenter leur candidature ;
- le développement ou le choix d'un cursus de formation : beaucoup existent déjà pour un éventail de dispositifs, notamment pour les travailleurs de proximité pairs. Il est ainsi possible de choisir celui qui correspond le mieux au contexte et aux ressources disponibles (voir aussi les exemples de sujets de formation pour les travailleurs de proximité pairs plus loin dans ce chapitre) ;
- déterminer clairement les possibilités d'évolution des membres du personnel au sein de l'association et d'accès à de plus grandes responsabilités dans les actions de proximité, la gestion de programme ou d'autres services et activités.

4.4.2 L'encadrement et le soutien des membres de la communauté

Dans certaines situations, les membres de la communauté qui intègrent un programme de réduction des risques en tant que membres du personnel peuvent avoir peu d'expérience professionnelle ou ne pas en avoir. Le programme doit être prêt à travailler patiemment avec eux et se montrer parfois plus indulgent qu'il ne le serait avec le personnel n'appartenant pas à la communauté (par exemple concernant la ponctualité, la fréquence des pauses). Les associations ne devraient pas reproduire les stratégies antidrogues prohibitives telles que l'analyse d'urine ou la menace d'exclusion en cas de consommation de drogues. Une souplesse devrait être intégrée quant à leurs résultats et refléter les contextes de vie souvent fluctuants des membres du personnel usagers de drogues injectables. Cela signifie accepter que leurs obligations médicales, légales ou familiales puissent parfois devoir passer en priorité, avant leur travail.

Néanmoins, la communication entre le personnel préexistant du programme (à la fois communautaire et non communautaire) et les membres de la communauté qui travaillent pour le programme devrait être claire, au regard des attentes concernant leur travail comme des interactions entre le personnel et les utilisateurs du programme. Tout personnel a besoin d'une structure organisationnelle et de profils de postes clairs, qui définissent explicitement les limites de leurs rôles et les tâches dont ils ont la responsabilité.

Travailler dans le domaine de la réduction des risques peut être stressant, et le « burn-out » est un risque professionnel. Cela est préjudiciable non seulement pour le personnel mais aussi pour le programme, car une expérience et un savoir précieux pourraient être perdus si un membre du personnel partait. Il est donc capital de s'assurer que les membres du personnel fassent l'objet et tirent profit d'une supervision régulière qui leur permette d'analyser certaines de leurs expériences, d'en tirer des apprentissages lorsque c'est possible, et de recevoir un soutien et l'assurance qu'ils ne sont pas isolés dans leur travail. La supervision devrait être obligatoire et hebdomadaire, et devrait aborder non seulement les fonctions du poste, mais aussi leur impact sur le personnel, notamment la façon de garder la bonne distance. Certaines organisations dispensent des formations sur toute thématique pertinente à la demande du personnel et les rémunèrent pour assister aux sessions de formation.

**Encadré
4.5**

Exemple concret : Le suivi communautaire de l'accès aux services de santé et juridiques au Pakistan

De 2013 à 2015, l'Association of People Living with HIV in Pakistan (APLHIV), en partenariat avec Mainline, une organisation située au Pays-Bas, a établi un réseau de PUDI au Pakistan, et un outil permettant à ce réseau de surveiller l'accès des membres de leur communauté aux services de santé, aux services juridiques et la qualité des services.

APLHIV et Mainline ont d'abord conduit une évaluation communautaire de l'accès aux dispositifs de santé, de réduction des risques et juridiques des PUDI au Pakistan. À la suite de l'évaluation, le Réseau de personnes usagères de drogues du Pakistan (Dune) a été créé sous la tutelle d'APLHIV et pourvu d'un responsable de projet. Avec l'appui d'APLHIV, Dune a développé un outil de suivi communautaire, et les membres du réseau ont été formés pour l'utiliser. L'outil contient des questions pour les prestataires et les utilisateurs sur les services de santé et juridiques.

Une fois que l'outil a été revu et finalisé par Mainline, Nal Zindagi, la principale organisation bénéficiaire des ressources du Fonds mondial pour les projets de lutte contre le VIH au Pakistan, a accepté que ses actions soient suivies. Les membres de la communauté ont mis en place un questionnaire, avec le souci de garantir une couverture régionale, une représentation des femmes et des diverses tranches d'âges. Une fois les questionnaires complétés, un conseiller technique a apporté son aide pour analyser les données, et Dune a transmis les résultats à Nal Zindagi, qui a réagi et discuté de la façon dont elle pourrait améliorer ses projets afin de fournir de meilleurs services aux PUDI.

www.theaphiv.org.pk/index.php/our-networks/dune

La rémunération correcte et équivalente des membres du personnel appartenant à la communauté est essentielle et devrait être considérée dès le début du processus de planification de programme. Même s'il existe une absence de qualifications formelles, les membres de la communauté possèdent un savoir pratique capital fondé sur leur expérience. Ces contributions, au fil du temps, peuvent expliquer que les membres de la communauté deviennent souvent le pilier d'une organisation, en tant que travailleurs de proximité pairs aussi bien qu'à d'autres postes.

4.4.3 La supervision indépendante

Outre le comité de pilotage du programme, il est important de créer une instance indépendante composée de membres de la communauté pour superviser la gestion du programme, faire des recommandations sur l'orientation politique et agir en tant qu'arbitre en cas de conflits ou de plaintes des utilisateurs du service. Cela permet de s'assurer que les intérêts de la communauté demeurent prioritaires.

4.5 Les actions de proximité menées par les pairs

4.5.1 L'encouragement à l'accès aux services par les travailleurs de proximité pairs

Employer et former des membres de la communauté, c'est-à-dire des PUDI, peut être, pour un programme, la manière la plus efficace d'atteindre les PUDI, parce que :

- ils s'investissent personnellement lorsqu'ils fournissent des services à d'autres membres de la communauté des personnes usagères de drogues ;
- ils vivent souvent dans les communautés ou fréquentent des endroits qui ne sont pas accessibles aux personnes n'en faisant pas partie, notamment aux employés des associations prestataires de services ;
- ils ont un savoir pratique quant à la façon d'injecter des drogues sans risque, et sont au courant des tendances en matière de produits et des changements de pratiques d'usage ;
- ils ont plus de chances d'avoir la confiance des membres de la communauté quand il s'agit de les orienter vers des services adaptés et de grande qualité, étant eux-mêmes utilisateurs de ces services ;
- en installant la confiance, ils augmentent la probabilité que les PUDI suivent les conseils d'orientation, observent leurs traitements et adoptent des comportements améliorant et protégeant leur santé ;
- il est probable que les PUDI soient plus à l'aise pour parler de leur quotidien avec quelqu'un qui a une expérience proche de la leur ;
- l'expérience commune peut aider à diminuer la stigmatisation intériorisée et à augmenter l'estime de soi de la personne et la solidarité collective ;
- ils sont bien placés pour fournir un soutien à la famille et aux amis des PUDI, si la demande en est faite.

Une personne qui injecte des drogues peut entrer et sortir de l'usage de drogues ou de la pratique d'injection, que ce soit un choix de sa part ou en raison d'événements de vie ou de programmes de traitement. Les travailleurs de proximité pairs peuvent agir en tant que modèle et catalyseur d'un changement positif, en aidant les PUDI à identifier les éléments de leurs vies qu'elles veulent changer, en les mettant en contact avec des services appropriés disponibles et en soutenant leurs déci-

sions. Ils peuvent également les aider à évaluer l'impact de ces décisions lorsque les changements se produisent. Les travailleurs de proximité pairs peuvent aussi être en mesure d'aider à réduire les dommages liés à des événements qui échappent au contrôle de la PUDI.

**Encadré
4.6**

Les services généralement fournis par les travailleurs de proximité pairs

- Délivrance de matériel de réduction des risques pour garantir une injection ou un usage à moindres risques, et aide pour jeter le matériel usagé de façon sûre (voir la section 3.2 du chapitre 3 pour de plus amples informations).
- Délivrance de préservatifs et de lubrifiants, accompagnée d'une information en matière de sexualité à moindres risques, de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de droits.
- Délivrance d'informations à la demande sur :
 - la prévention des overdoses (dont la distribution de naloxone), l'injection à moindres risques, le traitement des blessures et autres principes de réduction des risques ;
 - les produits spécifiques, voies d'administration et tendances de consommation identifiées au sein de la communauté et en général ;
 - la prévention, le dépistage, le traitement et la prise en charge du VIH, des hépatites et autres infections sexuellement transmissibles (IST) et de la tuberculose ;
 - les options pour gérer la consommation de drogue (dont la prescription et délivrance de doses à emporter chez soi de méthadone ou de buprénorphine, là où c'est possible, et autres alternatives thérapeutiques).
 - les services juridiques, médicaux ou sociaux.
- Promotion des services disponibles dans le lieu d'accueil, quand celui-ci existe (voir la section 4.6).
- Aide pour faciliter la continuité des soins pour les PUDI au moment de l'entrée ou de la sortie de prison.
- Incitation des PUDI à définir et exiger les services dont elles ont besoin pour elles-mêmes et leurs familles.
- Incitation des personnes à tester leurs drogues afin d'identifier les produits de coupe ou les produits chimiques, les médicaments et les drogues de substitution.
- Soutien à la gestion de crise – qu'elle soit personnelle, familiale ou en lien avec la communauté.
- Délivrance d'informations différenciées à propos des besoins spécifiques des femmes, des hommes, des jeunes et des personnes transgenres ou d'autres groupes ayant des besoins différents.
- Accompagnement des PUDI dans les centres de santé, les tribunaux ou à d'autres réunions institutionnelles pour leur fournir un soutien, lorsqu'il est demandé (voir la section 4.5.4).
- Offre de services de dépistage par un pair et service de gestion de cas (voir la section 3.4.4 du chapitre 3,).
- Aide aux PUDI vivant avec le VIH pour obtenir un accès continu aux ARV (voir la section 4.5.4).

S'ils bénéficient de formations appropriées, les travailleurs de proximité pairs peuvent devenir les défenseurs puissants, en informant des besoins de changements dans les services, et dans la société en général, et en déconstruisant les stéréotypes souvent présents au sein de la population générale selon lesquels les PUDI sont non fiables, malhonnêtes ou victimes des circonstances.

Encadré 4.7

Exemple concret : Le travail de proximité mené par les pairs en Thaïlande

CHAMPION-IDU a démarré en 2009 en tant que projet de prévention du VIH mené par les pairs qui cherchait à améliorer la qualité de la vie des PUDI en Thaïlande. Environ 80 % des 250 travailleurs de CHAMPION-IDU embauchés sont des PUDI (actives ou anciennes), à qui l'on a donné la possibilité de travailler de façon utile et de devenir des membres actifs de la société.

Les travailleurs de proximité pairs agissent dans les lieux d'accueil ou à travers des actions de proximité, proposant une communication sur les changements de comportement pour réduire les risques, une éducation sur le matériel stérile d'injection, les préservatifs, la prévention des overdoses avec la naloxone et des orientations vers des services de counselling et de dépistage du VIH, de traitement de substitution à la méthadone, d'ARV et de dépistage et traitement des IST. Les travailleurs de proximité pairs bénéficient d'un large soutien, particulièrement dans les contextes où les rencontres avec les forces de l'ordre sont fréquentes et répressives, afin de permettre leur autonomisation, d'encourager leur développement professionnel et de garantir leur santé et leur sécurité.

La stratégie de CHAMPION-IDU a été une réussite en matière d'implication des PUDI et a facilité leur accès aux services de santé en raison de la confiance naturelle qui existe entre les pairs. Depuis que le projet a commencé, les hospitalisations et admissions de jour ont été multipliées par quatre dans les centres publics de traitement de la dépendance.

CHAMPION-IDU a été soutenu par le Fonds mondial jusqu'à la fin 2014. Depuis 2015, le projet a été poursuivi dans une version réduite sous le nom de STAR project, actuellement mis en œuvre par la fondation Ozone, une association de pairs locale. Pour de plus amples informations, voir [CHAMPION-IDU: Innovations, best practices and lessons learned](#). Washington (C.C.): Population Services International; 2015.

4.5.2 Le recrutement et la formation des travailleurs de proximité pairs

Comme pour les autres postes occupés par des membres de la communauté, les critères de sélection des travailleurs de proximité pairs devraient être clairement définis et écrits. Un travailleur de proximité pair devrait être :

- une personne usagères de drogues injectables active ou une personne ayant injecté des drogues dans le passé toujours intégrée à la communauté³ ;

³ Dans certains contextes, il peut être difficile d'employer d'anciennes PUDI qui ne sont plus intégrées à la communauté. Elles peuvent nourrir un sentiment de supériorité à l'égard des PUDI actives, et il existe un risque que les anciennes PUDI redeviennent actives, avec les risques accrus d'overdose que cela représente pour elles.

Encadré
4.8Thèmes de formation pour
les travailleurs de proximité pairs et le personnel**Formation de base**

- Une vue d'ensemble du programme
- Réduction des risques
- Connaissances de base sur les drogues et le matériel d'injection, les pratiques d'injection à moindres risques, les tendances locales de consommation et les nouvelles substances psychoactives (NSP)
- Distribution et récupération de matériel d'injection et destruction des aiguilles
- Prévention et traitement des overdoses (dont les modes d'administration de la naloxone et les façons d'identifier les overdoses de stimulants et de dépresseurs)
- Prévention, dépistage et traitement du VIH, du VHC et de la tuberculose
- Distribution de préservatifs et de lubrifiants
- Services de santé et systèmes de référencement
- Problématiques de genre, dont les différences d'usage de drogues chez les hommes et les femmes
- Développement, bien-être et besoins spécifiques des jeunes usagers de drogues injectables
- Intervention dans les situations de violences et de crise, y compris les compétences d'apaisement
- Identification et lutte contre la stigmatisation et la discrimination et documentation des violations des droits humains
- Compétences de communication interpersonnelle
- Identification, planification et suivi des itinéraires des actions de proximité
- Recueil de données

Formation avancée

- Compétences en leadership
- Mobilisation de la communauté
- Délivrance de counselling et de soutien
- Lutte contre les préjugés
- Connaissances juridiques, négociations avec la police
- Utilisation des médias dans l'intérêt de la communauté
- Compétences en génération de revenus, par exemple, formation pour conseiller et mettre en place des groupes de prêts et d'épargne et des activités génératrices de revenus
- Suivi et évaluation
- Premiers soins
- Politiques en matière de drogues

- dans les endroits où il existe déjà des services de réduction des risques pour les PUDI, un bénéficiaire des services du programme depuis au moins six mois ;

- déterminé à atteindre les buts et objectifs du programme ;
- bien informé sur la zone d'intervention ;
- accepté et respecté par la communauté, et avoir sa confiance ;
- redevable envers la communauté aussi bien qu'envers le programme ;
- capable d'assurer la confidentialité ;
- doué pour l'écoute et la communication, et ne pas porter de jugement ;
- tolérant et respectueux des autres et des diverses communautés de PUDI, lorsqu'elles existent ;
- sûr de soi, avec un potentiel de meneur ;
- potentiellement un bon modèle au regard du comportement qu'il veut encourager ;
- disposé à apprendre et à expérimenter dans le domaine ;
- prêt à soutenir les autres PUDI dans les crises qu'elles peuvent traverser ;
- potentiellement capable de négocier avec la police et les représentants du gouvernement, lorsque c'est nécessaire.

La formation de base devrait être dispensée avant que les travailleurs de proximité pairs ne commencent. Des formations complémentaires spécifiques devraient alors être proposées régulièrement pour permettre aux travailleurs de proximité pairs de développer leurs compétences et d'en acquérir de nouvelles, ainsi que de les tenir informés des réflexions en cours concernant les questions sur lesquelles ils travaillent (voir l'encadré 4.8). Les formations peuvent aussi porter sur des compétences reconnues qui, une fois acquises, leur permettront, s'ils le souhaitent, de travailler dans d'autres structures ou contextes.

4.5.3 La mise en œuvre des actions de proximité

Les programmes devraient reconnaître les travailleurs de proximité pairs pour l'expertise et l'expérience spécifiques qu'ils apportent, et également pour leur sensibilité à l'égard des PUDI et leur capacité à s'adapter aux difficultés auxquelles celles-ci sont confrontées. La souplesse et le soutien sont les clés de la réussite de l'intégration des PUDI en tant que travailleurs de proximité pairs, à la fois concernant la planification des activités des travailleurs de proximité et la façon dont le programme dans son ensemble interagit avec les travailleurs de proximité.

- **Les heures de travail peuvent être inhabituelles**, car il est souvent plus pratique de se réunir et de travailler avec les PUDI en soirée ou la nuit.
- **Le niveau de contact avec les utilisateurs peut évoluer** : Bien que chaque travailleur de proximité pair puisse se voir affecter un nombre spécifique de personnes à contacter par mois (habituellement dans un secteur spécifique), les besoins et les situations de ces personnes joueront un rôle déterminant dans le niveau de contacts. Quand leur vie est relativement stable, les utilisateurs du service peuvent ne vouloir voir le personnel que pour des ressources telles que du matériel d'injection, des préservatifs ou du lubrifiant. Dans les périodes de crise, par exemple en cas d'arrestation ou de détention, ou lors de la maladie ou de la mort d'un partenaire ou d'un membre de la famille, les utilisateurs du service peuvent solliciter les travailleurs de proximité pairs et avoir besoin de plus de temps et d'attention.
- **Une supervision régulière est essentielle**, en particulier quand les travailleurs de proximité pairs prennent leurs fonctions, de sorte qu'ils ne se sentent pas submergés par la responsabilité de travailler selon des règles de programme encore nouvelles pour eux. Commencer par confier au travailleur de proximité pair quelques heures par semaine puis augmenter progressivement son temps de travail peut être une approche efficace.

Encadré
4.9**Exemple concret : Le travail de proximité mené par les pairs au Pakistan**

Le Nal Zindagi Trust fournit des services complets et fondés sur des données scientifiques aux PUDI dans la rue, à leurs familles et à leurs partenaires sexuels dans des districts sélectionnés du Pakistan depuis vingt-cinq ans. Le Trust travaille en coopération et en collaboration avec le système de santé publique pour éviter de créer des services parallèles, et 60 % des services sont fournis par des organisations partenaires de Nal Zindagi.

Un principe essentiel du travail de Nal Zindagi est la participation des PUDI dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programme : Entre 30 % et 40 % des travailleurs de proximité pairs et des superviseurs de terrain sont d'anciennes PUDI. Le programme donne la priorité aux actions de proximité par rapport aux approches d'offre de services en lieu fixe. Des services de réduction des risques (dont les PAS mais pas les TSO), de prévention, de dépistage, de traitement et de soin, et de soutien pour le VIH et les IST, ainsi qu'un programme d'aide à l'observance des ARV pour les personnes vivant avec le VIH sont proposés. Une formation professionnelle et à l'emploi est également proposée aux utilisateurs.

Plus de 600 individus ont été formés pour offrir un ensemble complet de services depuis la création des activités du programme (financé par le Fonds mondial) en 2012. Des actions de proximité importantes et étendues ont fourni des services à environ 13 000 PUDI dans la rue. L'inclusion des partenaires sexuels et des enfants a été une action importante pour la prévention des infections secondaires. Des comités de lutte contre le sida ont été créés dans des districts identifiés dans le but de réduire la stigmatisation et d'impliquer le gouvernement et le secteur public afin de faciliter l'accès aux services de santé, sociaux et en lien avec le VIH des utilisateurs de Nal Zindagi. Nal Zindagi a partagé des expériences et des informations techniques avec des programmes au Népal, en Indonésie et au Kenya.

www.naizindagi.org

Source: *Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2016.

- **Écouter les travailleurs de proximité pairs** quand ils conseillent d'effectuer des changements dans le niveau de contacts ou de services fournis. Par exemple, un usage de drogues accru pendant les week-ends ou les vacances ou autour des jours de paie peut être une raison d'augmenter les contacts avec les utilisateurs ; à l'inverse, l'entrée d'utilisateurs dans le traitement, ou leur incarcération, peut amener à les réduire. Il est important de documenter ces changements afin de partager les enseignements et d'informer les décisions en matière de programmation.
- **Pour la gestion et l'enregistrement des données, rencontrer les travailleurs de proximité pairs là où ils sont** : être clair concernant l'importance de recueillir les données dont le programme a besoin, et réaliser des formations répétées autant que nécessaire. Trouver des moyens de simplifier les formulaires pour les rendre aussi faciles que possible à utiliser, ou proposer l'aide d'un superviseur pour aider les travailleurs de proximité pairs à remplir les formulaires jusqu'à ce qu'ils soient en mesure de le faire eux-mêmes.
- **Autoriser des périodes d'absence** pour maladie, rendez-vous médicaux ou juridiques. Prévoir des pauses (par exemple, des pauses cigarettes) pendant les réunions et les formations. Si un

4 Les approches en matière d'offre de services

travailleur de proximité pair est arrêté ou incarcéré, lui offrir un soutien – et le rassurer sur le fait que son poste sera toujours disponible à sa libération, s'il le souhaite.

- **S'assurer qu'un soutien est disponible pour aider les travailleurs de proximité pairs à gérer le stress, le burn-out et la souffrance**, et que ces structures de soutien sont intégrées dans les politiques de ressources humaines. En tant qu'acteurs de première ligne, les travailleurs de proximité pairs peuvent devoir gérer des situations très difficiles avec les utilisateurs aussi bien que dans leurs propres vies. Un soutien approprié leur permettra de rester impliqués dans leur travail.

Confidentialité

Le respect de la vie privée et la confidentialité sont essentiels lorsque l'on travaille avec des PUDI, comme avec toute autre communauté criminalisée et stigmatisée. Le risque est que leur statut d'utilisateurs de drogues soit exposé aux forces de l'ordre ou à la population générale lorsqu'ils accèdent aux services.

Le respect de la vie privée, la confidentialité et le principe de « ne faire aucun mal » doivent guider le cycle de projet. Le maintien de ces principes et valeurs est non seulement capital pour la protection des PUDI, mais a aussi des implications positives pour le programme. Les PUDI auront plus tendance à s'inscrire dans des services et à continuer d'y avoir recours si elles savent que leurs droits à la sécurité et à la confidentialité sont respectés.

Tout le personnel doit être formé pour s'assurer que les consultations confidentielles ne se déroulent pas dans les endroits où elles peuvent être entendues, et que les questions relatives au statut VIH, à la situation en matière d'usage de drogues et à la vie personnelle des membres de la communauté ne soient pas abordées sans précaution. Pendant la délivrance des services de prévention du VIH, les travailleurs de proximité pairs doivent faire attention à ne pas attirer l'attention sur les PUDI ou sur l'usage de drogues.

Gérer l'information de façon à protéger la confidentialité est essentiel. Tout document écrit contenant l'identité des PUDI et l'endroit où elles se trouvent doit rester confidentiel et conservé dans un endroit sûr. S'il existe la moindre possibilité que ces documents soient confisqués par les autorités et utilisés pour arrêter ou harceler les PUDI, ils devraient être codés de façon à garantir la protection des principales informations concernant les personnes. Une technique consiste à avoir un numéro unique d'identification (NUI) ou un nom d'emprunt pour chaque client, de sorte qu'il soit facile d'enregistrer et de suivre les relations avec cette personne, sans que l'identité, l'endroit ou le lieu de résidence de l'utilisateur ne puissent être déterminés à partir des informations contenues dans le dossier.

Utiliser un identifiant

Il est utile de faire des cartes d'identification pour les travailleurs de proximité pairs qui soient validées par un haut responsable de santé publique (ou un responsable des forces de l'ordre, si possible), qu'ils peuvent avoir sur eux lorsqu'ils travaillent, afin de les aider à prouver leurs fonctions s'ils sont arrêtés par la police ou lorsqu'ils défendent la cause d'un utilisateur des services.

Sécurité

La sécurité et le bien-être des utilisateurs des services et du personnel devraient toujours être prioritaires. Il existe des cas d'arrestation, de harcèlement ou même d'enlèvement de personnes impliquées dans des actions de proximité, notamment lors de la distribution de seringues. Les tra-

vailleurs de proximité pairs devraient toujours avoir au moins un téléphone et laisser un exemplaire de leur programme ou itinéraire prévu de sorte que les autres membres du programme sachent où ils projettent d'aller. Le travail en binôme des travailleurs de proximité devrait aussi être envisagé, en particulier dans les environnements hostiles ou dangereux.

4.5.4 L'accompagnement pas les pairs

Les employés usagers de drogues peuvent être de parfaits accompagnateurs pour aider leurs pairs à s'orienter dans les systèmes de santé, d'aide sociale et juridique, qui sont souvent discriminatoires, stigmatisants ou simplement déroutants. Beaucoup de PUDI ont des expériences négatives de ces systèmes, et leur méfiance les conduit souvent à renoncer aux services.

Les accompagnateurs pairs – travailleurs de proximité pairs ou autres membre de la communauté ayant l'expérience de ces systèmes – peuvent encourager d'autres PUDI à accéder aux services dont ils ont besoin et peuvent les soutenir en les accompagnant lorsqu'ils en font la demande (voir l'encadré 4.10). De même, si le résultat d'un test de dépistage du VIH d'une personne usagère de drogues injectables est positif, un accompagnateur pair séropositif peut être particulièrement efficace pour la mettre en relation avec les services fournissant des ARV, répondre à ses questions et l'encourager à observer le traitement.

4.6 Les lieux d'accueil

Dans la mesure du possible, un lieu d'accueil proposant des services de réduction des risques et de soutien de base devrait être créé là où les PUDI vivent. Ces lieux devraient toujours être animés par des membres du personnel usagers de drogues injectables déjà connus de la communauté.

4.6.1 La planification d'un lieu d'accueil

Il est important de consulter les membres de la communauté pour faciliter les décisions quant à l'emplacement du lieu d'accueil, aux services à fournir, aux heures de présence du personnel et de la délivrance des services. Ces derniers devraient être disponibles aux moments où les personnes usagères de drogues en ont le plus besoin. Le choix du lieu devrait prendre en compte non seulement son accessibilité mais également sa visibilité par la population. Il convient de veiller à s'assurer que le lieu est à l'abri d'une intrusion de personnes extérieures et de la police.

Avant d'ouvrir un lieu d'accueil, il est important de prendre contact avec les voisins et la population, d'expliquer le but du lieu, le plan opérationnel et de répondre à toutes les questions ou préoccupations. S'ils n'ont aucune expérience de vie ou de travail avec des PUDI, les riverains peuvent être anxieux et avoir des préjugés concernant les PUDI. Souvent, les prestataires de services font face à une opposition en raison des craintes d'une augmentation de la criminalité, d'une mauvaise gestion des aiguilles et des seringues usagées, et des perturbations à l'ordre public.

Les responsables de programme peuvent prévenir et gérer l'opposition grâce à un plaidoyer continu et à des actions de promotion et d'éducation pour la santé au sein de la population générale. Cela implique de se coordonner et de coopérer avec la police locale et des responsables du gouvernement, les prestataires de santé et de services sociaux, les leaders communautaires et d'autres membres de la population générale. La patience, une planification minutieuse et la capacité de montrer que le service sera correctement géré et organisé sont essentielles lors de cette étape.

Encadré
4.10

Exemple concret : L'accompagnement par les pairs au Canada

Le programme COUNTERfit à Toronto a constaté que la probabilité que les PUDI recherchent les services d'un médecin, d'une infirmière ou d'un travailleur social était plus grande si elles avaient établi une relation positive et de confiance avec eux. Cependant, il a été observé que les utilisateurs des services étaient peu disposés à aller aux rendez-vous avec les travailleurs du service d'hébergement, les avocats, les agents de libération conditionnelle et les médecins spécialistes parce qu'ils ont souvent fait l'expérience du non-respect, de la discrimination et de la violation de leur vie privée. COUNTERfit a constaté que même dans son propre centre, les utilisateurs des services accompagnés par des membres du personnel usagers de drogues étaient mieux pris en charge que ceux s'étant présentés seuls à leur premier rendez-vous.

Ces observations ont conduit COUNTERfit à proposer aux utilisateurs des services un accompagnement par des pairs pour leurs démarches telles que les audiences aux tribunaux, les auditions de libération conditionnelle, les examens de caution, les tests de dépistage du VIH ou du VHC (ou le rendu des résultats des tests), les rendez-vous avec les travailleurs sociaux, les propriétaires et les associations de locataires, et les rendez-vous avec les médecins spécialistes. L'accompagnement par les pairs offre plusieurs avantages :

- nombre d'utilisateurs du service oublient leurs rendez-vous, souvent parce qu'ils n'ont pas d'emploi régulier et qu'ils ont des difficultés à suivre un emploi du temps. Les accompagnateurs pairs rappellent aux utilisateurs du service leurs rendez-vous et se rendent à leur domicile en temps voulu, au cas où ils auraient oublié ou se seraient endormis ;
- les utilisateurs du service ont déjà établi des relations avec les accompagnateurs pairs, qui sont eux-mêmes des membres de la communauté qui comprennent la discrimination et les effets de la stigmatisation. Ils ont entièrement confiance dans le fait que les accompagnateurs pairs sont de leur côté et feront de leur mieux pour obtenir le meilleur service disponible ;
- les prestataires de services traitent les utilisateurs des services de façon beaucoup plus professionnelle quand ils sont accompagnés d'un accompagnateur pair – dans les services extérieurs comme dans ceux de COUNTERfit ;
- l'accompagnement par les pairs est un moyen économique et efficace de prévenir les maladies chez les PUDI. Les accompagnateurs pairs de COUNTERfit sont payés 15,75 dollars canadiens de l'heure, ce qui est très peu comparé aux économies réalisées en maintenant une personne usagère de drogues injectables en bonne santé et en réduisant la probabilité qu'elle soit admise dans un service d'urgence ou incarcérée.

Une des difficultés de l'accompagnement par les pairs est la durée de certains rendez-vous, notamment pour les procédures judiciaires ou chez les médecins spécialistes, où les temps d'attente et les retards peuvent être longs. Cela peut augmenter les coûts du service d'accompagnement par les pairs, bien que les délais puissent parfois être réduits avec une certaine préparation (par exemple, en appelant un greffier ou le secrétaire médical pour expliquer la situation et demander un rendez-vous accéléré). Certains accompagnements peuvent être stressants pour les pairs, qui font face à la stigmatisation et à la discrimination, dirigées à la fois contre les usagers et contre eux-mêmes. Il est important que les programmes offrent un soutien approprié (par exemple, un débriefing) et une compensation financière. Il est également très important d'avoir des accompagnateurs « de réserve », disponibles au cas où l'accompagnateur pair ne pourrait pas se rendre au rendez-vous comme prévu.

Les PUDI peuvent jouer un rôle capital en montrant aux riverains qu'elles sont responsables et s'engagent à maintenir la sécurité et la stabilité de la communauté et que ce service bénéficiera à tous. Parfois, l'hostilité et la suspicion peuvent ne pas diminuer avant que le lieu d'accueil ne soit ouvert et que les craintes se révèlent infondées. Une communication continue et ouverte est nécessaire pour éviter les situations conflictuelles.

Des plans pour gérer l'opposition potentielle à un lieu d'accueil devraient être intégrés lors des étapes de conception et de planification du programme. Une première étape consisterait à recenser et identifier les alliés potentiels, dans le but de les contacter et de les encourager à établir des relations de confiance, de communication et de coopération. Des ateliers de sensibilisation et des discussions sur les besoins et les droits à la santé et aux services sociaux des PUDI peuvent être organisés. Les campagnes d'information publiques sont également utiles du fait qu'elles améliorent la connaissance et changent les attitudes de la population générale. Enfin, être en mesure de fournir et de partager des données obtenues localement sur la réussite et l'efficacité du programme est un facteur clé de son succès. Le temps investi dans la construction et la promotion des relations communautaires améliore l'acceptabilité du programme et crée un environnement catalyseur important.

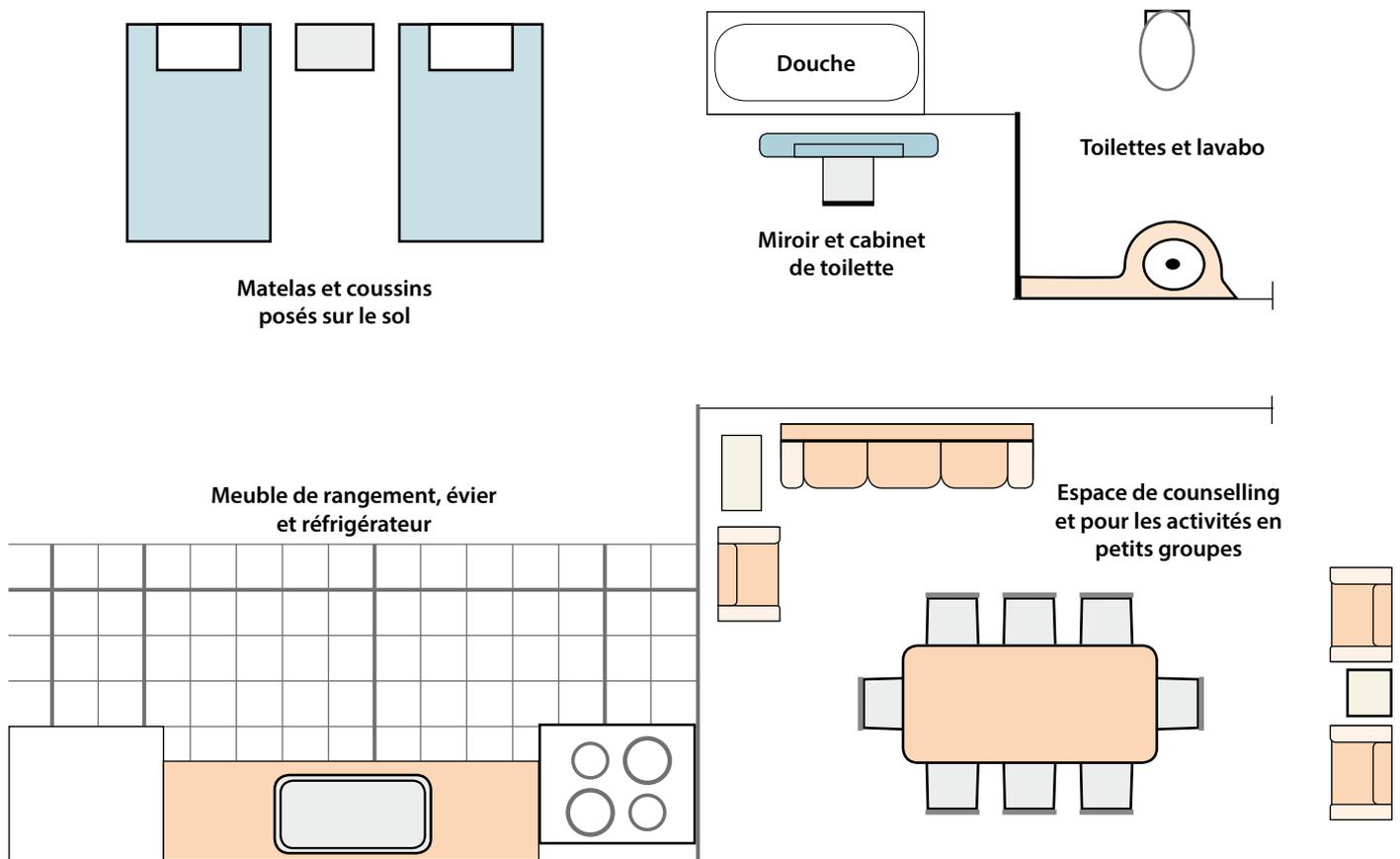
4.6.2 La mise en place du lieu

Contrats de location et propriétaires : maintenir le lieu d'accueil dans un même lieu est important pour empêcher la perturbation des services. Le bail établi avec le propriétaire devrait clairement indiquer la durée du contrat et clarifier les horaires et la nature de l'utilisation.

Infrastructure et sécurité : le centre de santé devrait dans l'idéal compter au moins deux salles : une pouvant être utilisée pour les entretiens individuels ou le counselling, et une pour les activités communautaires. Si possible, il devrait y avoir une salle de bains privée avec un lavabo et une douche. Le centre devrait être équipé d'un équipement de protection basique contre les incendies et autres situations d'urgence. Comme il est probable que les utilisateurs se trouvent à proximité les uns des autres, des mesures devraient être prises pour réduire le risque de transmission de la tuberculose grâce à une aération et à une sensibilisation aux symptômes adéquates (voir la section 3.11 du chapitre 3).

Concevoir l'espace : le centre de soins devrait être à la fois fonctionnel et accueillant. Les tables et les chaises pour les réunions peuvent être stockées dans un coin de la pièce lorsqu'elles ne sont pas utilisées, des divans ou des matelas peuvent rendre la pièce confortable. Les murs peuvent être décorés par les membres de la communauté.

Figure 4.1 Exemple d'un plan d'un lieu d'accueil



4.6.3 La délivrance des services

Les services de réduction des risques qui peuvent être offerts dans un lieu d'accueil comprennent :

- les biens et services de réduction des risques, notamment les aiguilles et seringues stériles ;
- l'éducation par les pairs ;
- les supports d'information, d'éducation et de communication adaptés ;
- l'information sur l'injection et la sexualité à moindres risques ;
- les préservatifs et lubrifiants ;
- l'analyse des drogues ;
- le counselling et l'orientation vers d'autres services ;
- les TSO ;
- le counselling et dépistage du VIH, des hépatites, des IST, de la tuberculose – ou orientation vers ces services s'ils ne sont pas disponibles dans le centre de santé ;
- des installations pour une consommation à moindres risques.

Lorsque cela est possible, du personnel qualifié pourrait fournir :

- des services en santé mentale ;
- des services d'hébergement ou de mise à l'abri ;

- un soutien émotionnel lors de crises familiales ;
- des alternatives de modes de vie permettant une meilleure santé et un plus grand bien-être ;
- une assistance juridique, à la fois pénale et civile ;
- un soutien pour régler les papiers à la sortie de prison ;
- un soutien lié aux overdoses.

**Encadré
4.11**

Fournir des services qui tiennent compte de tous les aspects de la personne

Un lieu d'accueil constitue pour le programme une occasion d'offrir des services répondant à l'ensemble des besoins physiques et sociaux des utilisateurs, au-delà de la réduction des risques. Cela est important parce que ces besoins sont souvent ignorés alors que les PUDI souffrent de la stigmatisation et de l'isolement. Les services de soutien suivants peuvent être pris en considération :

Alimentation : Les PUDI confrontées à une insécurité en matière de logement et à un manque de soutien social sont souvent sous-alimentées, et cela peut sérieusement aggraver tous les problèmes de santé qu'elles peuvent avoir. Lorsque c'est possible, de la nourriture devrait être proposée, gratuitement ou à un prix symbolique. Certaines PUDI aiment travailler bénévolement dans la cuisine, que ce soit pour rompre l'ennui, ou pour avoir de la compagnie ou du réconfort physique. Cela devrait être encouragé afin de favoriser le sentiment d'appropriation du lieu d'accueil.

Buanderie

Des douches/salles de bains où les PUDI sans abri peuvent maintenir une hygiène personnelle

Un coin salon confortable, où les personnes peuvent se réunir, parler et se détendre dans un environnement sûr

Un espace pour dormir : Lorsqu'elles sont sans abri ou malades, les PUDI n'ont souvent aucun endroit sûr pour se reposer. Lorsque cela est possible, il devrait y avoir un endroit avec des lits de camp pour les courtes siestes ou de plus longues périodes de sommeil.

Espace informatique/Internet

Garderie ou espace de jeux pour les enfants des PUDI

Une réflexion approfondie devrait être menée quant à la façon dont le lieu d'accueil peut être utilisé par la grande diversité des personnes qui pourraient avoir besoin d'un service. Il devrait être envisagé de réserver, à certains moments de la semaine, l'accueil du centre à des groupes spécifiques comme :

- les femmes ;
- les jeunes ;
- les migrants et minorités ethniques (qui peuvent avoir besoin de services d'interprétariat) ;

- les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres ;
- les travailleurs et travailleuses du sexe.

Encadré 4.12

Exemple concret : L'offre de services aux femmes dans un lieu d'accueil en Tanzanie

En 2010, lorsque Médecins du Monde a ouvert le premier lieu d'accueil pour les personnes usagères de drogues en Tanzanie, la plupart des utilisateurs du service étaient des hommes. Le personnel a constaté que les besoins et obstacles des femmes usagères de drogues injectables étaient différents de ceux des hommes, et a identifié de nouvelles interventions pour améliorer l'accès des femmes à la réduction des risques.

Une soirée hebdomadaire « réservée aux femmes » a débuté pour que les femmes usagères de drogues injectables aient accès à des services dans un environnement centré sur les femmes. Les services comprennent le soutien aux violences liées au genre et des consultations avec un gynécologue pour les IST et la santé sexuelle. Une pièce et une salle de bains sont réservées aux femmes au sein du lieu d'accueil. Divers produits sont fournis en plus du matériel d'injection stérile et des préservatifs. Les femmes peuvent participer aux activités d'éducation par les pairs. Des actions de proximité spécifiques aux femmes ont également été mises en place.

La « nuit des femmes » fonctionne bien, avec une augmentation des dépistages du VIH, des services de santé sexuelle et reproductive, des orientations vers les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et d'autres services de réduction des risques. Les femmes utilisent l'espace pour échanger des idées concernant l'usage de drogues, la santé, la grossesse, la protection de l'enfance, les questions de genre et familiales. Pour certaines, le service a été un point d'entrée pour devenir des travailleuses de proximité paires. Les femmes déclarent que les services auxiliaires (par exemple, les douches, la mise à disposition de produits d'hygiène, les compléments alimentaires, les produits pour les cheveux, le maquillage et la lessive) sont capitaux et améliorent leur accès aux services de santé et au PAS. Un groupe d'entraide est impliqué dans des activités génératrices de revenu.

Les avantages d'un modèle de services intégrant une approche de genre pertinent pour les femmes usagères de drogues injectables ont attiré l'attention des acteurs souhaitant étendre le modèle à d'autres services de réduction des risques en Tanzanie.

4.6.4 La gestion du lieu d'accueil

Gestion : le programme devrait fournir des ressources au lieu d'accueil. Pour favoriser le sentiment d'appropriation de la communauté, les PUDI devraient jouer un rôle principal dans les décisions concernant le lieu d'accueil et sa gestion.

Promotion des services : pour garantir que les personnes usagères de drogues aient connaissance de l'existence du lieu d'accueil et de ses services, une communication devrait être menée à travers des flyers, des SMS et les réseaux communautaires.

Règlement intérieur : celui-ci devrait être formulé par les utilisateurs du lieu d'accueil, de façon à ce qu'ils comprennent quel comportement est acceptable, par exemple concernant les niveaux de bruit.

Relations avec les voisins : les responsables, y compris la communauté, devraient établir des plans pour gérer les rapports avec les voisins et les personnes extérieures à la communauté. Certaines communautés ont effectué des opérations de nettoyage du quartier pour établir de bons rapports avec leurs voisins.

Réservation : si le programme doit utiliser le lieu d'accueil pour des activités du programme qui impliquent un nombre limité de participants (par exemple, la planification des actions de proximité, la formation ou les activités de communication interpersonnelle ou de groupe), celles-ci devraient être programmées pendant les heures creuses afin de ne pas empêcher son accès aux autres membres de la communauté.

Encadré
4.13

Exemple concret : Un lieu d'accueil géré par la communauté aux États-Unis

La San Francisco Drug Users Union dirige un lieu d'accueil à bas seuil d'exigence offrant des services aux personnes usagères de drogues, fournis par des personnes usagères de drogues. Le lieu d'accueil est situé dans Tenderloin, le quartier à plus faible revenu de la ville et celui présentant la concentration la plus élevée de PUDI.

Le lieu d'accueil offre des services comprenant la distribution de seringues (en collaboration avec le département d'État de la santé publique) et de naloxone pour la prise en charge des overdoses, le dépistage rapide du VIH et du VHC, le traitement des blessures et l'éducation. Il fournit également un accès à une salle de bains et à Internet, deux aménagements importants pour les PUDI, nombre d'entre elles vivant dans la rue. C'est le plus grand PAS fixe de San Francisco, accueillant plus de 350 personnes chaque semaine et échangeant en moyenne 30 000 seringues chaque mois. Les bénévoles et salariés sont tous des personnes usagères de drogues. Certains réalisent des actions de proximité, et une équipe de bénévoles assure le nettoyage du matériel d'injection usagé dans le quartier. Ce service a contribué au développement et à la continuité du soutien du lieu d'accueil par la population locale. Le lieu d'accueil est aussi une base pour des activités militantes, comme l'organisation de marches pour les droits des personnes usagères de drogues. La communauté à San Francisco étant plutôt de passage, il existe un certain renouvellement des salariés et des bénévoles, mais qui n'a pas affecté la capacité du lieu d'accueil à fournir des services importants. Le lieu d'accueil est financé par l'État, des organisations donatrices à but non lucratif et des dons privés. Il est actuellement ouvert cinq jours par semaine, et cherche des fonds pour ouvrir des jours supplémentaires.

www.sfdrugusersunion.com

Utilisation du programme : les organisations opérationnelles en croissance pourraient vouloir utiliser le lieu d'accueil pour d'autres activités. Cependant, des efforts devraient être faits pour garantir que cela ne se produise pas, ou que de telles activités soient réduites au minimum. Le lieu d'accueil devrait rester ouvert aux membres de la communauté.

Pérennité : il est possible d'envisager la pérennisation financière des lieux d'accueil lorsqu'ils sont dirigés par la communauté. Par exemple, la communauté pourrait louer des espaces au programme de façon limitée, ou développer des services de restauration pour des événements se déroulant dans les lieux d'accueil, afin de générer des revenus.

4.7 Pour aller plus loin

1. WHO, UNODC and UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users–2012 revision. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en
2. Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/iduguide/en>
3. WHO rapid assessment and response guide on injecting drug use. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1998.
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/rar/en>
4. Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en>
5. Good practice guide for employing people who use drugs. Hove (UK): International HIV/AIDS Alliance; 2015.
<http://www.aidsalliance.org/resources/631-good-practice-guide-for-employing-people-who-use-drugs>
6. Good practice guide: HIV and drug use: community responses to injecting drug use and HIV. Hove (UK): International HIV/AIDS Alliance; 2010.
www.aidsalliance.org/assets/000/000/383/454-Good-practice-guide-HIV-and-drug-use_original.pdf?1405520726
7. Developing HIV/AIDS work with drug users: a guide to participatory assessment and response. Brighton (UK): International HIV/AIDS Alliance; 2003.
<http://www.aidsalliance.org/resources/311-developing-hivaids-work-with-drug-users>
8. Programme monitoring and evaluation: practical manual for organizations coordinating and implementing prevention projects among injecting drug users, commercial sex workers, men who have sex with men, prisoners and care and support projects for people living with HIV/AIDS. Kiev: International HIV/AIDS Alliance Ukraine; 2008.
aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/ProgramMEMManualeng.pdf
9. “Nothing about us without us”– greater meaningful involvement of people who use illegal drugs: a public health, ethical, and human rights imperative. Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute; 2008.
<http://www.aidsalliance.org/resources/310-nothing-about-us-without-us>
10. Reaching drug users: a toolkit for outreach services. Hove (UK) International HIV/AIDS Alliance; 2013.
<http://www.aidsalliance.org/resources/314-reaching-drug-users-a-toolkit-for-outreach-workers>

11. Standard operating procedures to reduce and manage relapse and burnout. Bangkok: Population Services International; 2014.
<http://www.cahrproject.org/resource/standard-operating-procedures-to-reduce-and-manage-relapse-and-burnout>
12. Harm reduction at work: a guide for organizations employing people who use drugs. New York (NY): Open Society Foundations; 2010.
www.opensocietyfoundations.org/reports/harm-reduction-work.
13. Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2004.
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactioncommunityfinal.pdf
14. Peer-driven intervention. Storrs (CT): University of Connecticut, Institute for Collaboration on Health, Intervention, and Policy.
<http://chip.uconn.edu/research/intervention-resources/peer-driven-intervention>
15. Broadhead RS, Heckathorn DD, Weakliem DL, Anthony DL, Madray H, Mills RJ, et al. Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention. Public Health Rep. 1998; 113(Suppl 1):42–57.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9722809>
16. Information guide for peer workers and agencies. Toronto: Toronto Harm Reduction Task Force; 2013.
<http://canadianharmreduction.com/node/2208>
17. Peerology: a guide by and for people who use drugs on how to get involved. Ottawa: Canadian AIDS Society; 2015.
<http://www.catie.ca/en/resources/peerology-guide-and-people-who-use-drugs-how-get-involved>



5

La gestion de
programme



Table des matières

5.1	Introduction	145
5.2	L'évaluation	146
5.2.1	Définir la couverture du projet : estimation de la taille de la population et cartographie	146
5.2.2	Développer la riposte aux niveaux national et local : évaluation des besoins	148
5.2.3	Comprendre l'environnement	150
5.2.4	Définir des priorités géographiques	151
5.3	La planification	152
5.3.1	Élaborer un plan de programme	152
5.3.2	Établir la structure de gestion	153
5.4	Le recrutement et la formation le personnel	155
5.5	La mise en œuvre d'un programme	156
5.6	L'amélioration de la qualité par la communauté	158
5.6.1	Les comités communautaires	158
5.7	Le suivi et l'évaluation	160
5.7.1	Le suivi	160
5.7.2	Évaluation	162
5.7.3	Le contrôle de la qualité par la communauté lors du suivi et de l'évaluation	162
5.8	Pour aller plus loin	164

Ce que contient le chapitre

Ce chapitre présente les principes et approches pour la gestion de programme, en suivant les phases de diagnostic, de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. Cet ordre est adapté au développement de programmes dans les endroits où il n'en existe pas, où dans ceux où les programmes en place doivent être complétés ou déployés.

5.1 Introduction

Ce chapitre explique comment établir un système de gestion d'un programme de lutte contre le VIH et l'hépatite C (VHC) auprès des personnes usagères de drogues en injection (PUDI), implanté dans plusieurs endroits d'un pays, et sur plusieurs sites dans les zones urbaines. Un tel programme utilisera diverses approches d'offre de services (voir le chapitre 4) pour toucher une proportion élevée de PUDI avec un ensemble minimum de services.

Encadré 5.1

Les principes de la gestion de programme

- Les responsables de programme doivent toujours rester concentrés sur l'objectif du programme – améliorer la santé et le bien-être des PUDI – et définir à partir de celui-ci leurs décisions et approches.
- Les services destinés aux PUDI devraient être complets, fondés sur des données scientifiques et sur les droits humains, et inclure une diversité de modalités d'offre de services, notamment des actions de proximité menées par les pairs.
- De façon générale, toutes les données recueillies pour la planification, le suivi et l'évaluation devraient être désagrégées selon le sexe et la tranche d'âge.
- Même si l'idéal pour un programme est d'être initié et mené par des membres de la communauté¹, cela n'est pas toujours possible. Néanmoins, les organisations non gouvernementales et gouvernementales qui planifient des programmes destinés aux PUDI ne doivent pas oublier qu'il est capital d'impliquer les membres de la communauté dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes afin d'en assurer le succès et la pérennité. Un contact régulier et significatif avec les destinataires des services devrait être institutionnalisé, et des mécanismes prévus pour permettre leurs contributions et retours sur une base régulière et nécessaire.

Les systèmes de gestion efficaces permettent aux responsables et aux équipes de :

- planifier et gérer les activités de plusieurs interventions à différents niveaux du programme ;
- définir les rôles et les responsabilités, assurer un suivi et gérer les relations avec les partenaires extérieurs ;
- garantir une formation appropriée, complétée régulièrement par des formations de mise à niveau, des évaluations de performance, la planification et le développement des ressources humaines à tous les niveaux de l'organisation ;
- prendre en compte l'éventail des individus impliqués, les réseaux et organisations au sein desquels ils interviennent, et les systèmes et structures sociaux de leur environnement ;

1 Dans ce document, le terme « communauté » se réfère le plus souvent à des populations de PUDI, plutôt qu'aux groupes géographiques, sociaux ou culturels plus larges dont ils peuvent faire partie. Les personnes peuvent entrer dans l'usage de drogues injectables ou en sortir à différents moments de leur vie, mais rester intégrées à la communauté. Ainsi, les « membres de la communauté » sont les PUDI ou les personnes intégrées à la communauté ; les « interventions de proximité auprès de la communauté » signifie le travail de proximité auprès des PUDI ; et les « interventions menées par la communauté » sont des interventions menées par des PUDI ou par des personnes intégrées à la communauté. Pour une définition plus détaillée, voir l'encadré 1.1 du chapitre 1.

- coordonner les activités opérationnelles qui soutiennent l'action, notamment les systèmes de recueil de données, l'approvisionnement de produits, le contrôle et l'amélioration de la qualité, le soutien et la supervision, la formation, etc. ;
- mettre en place les procédures financières et le contrôle de gestion ;
- adopter les meilleures pratiques, c.-à-d. des politiques, programmes et initiatives qui sont :
 - fondés sur des données concrètes
 - fondés sur les droits humains
 - appropriés aux groupes spécifiques de PUDI (par exemple, les femmes, les jeunes)²
 - pérennes
 - régulièrement évalués
 - participatifs, impliquant l'ensemble des partenaires, en particulier les membres de la communauté.

5.2 L'évaluation

5.2.1 Définir la couverture du projet : estimation de la taille de la population et cartographie

Choisir le lieu d'installation des services et établir des conventions avec des organisations opérationnelles font partie des étapes principales pour démarrer un programme³.

- Concernant la planification au niveau central, les informations fiables sur la taille de la communauté des PUDI dans un secteur géographique donné constituent la base pour situer les services, chercher les financements, fixer les objectifs de performance, allouer des ressources au programme et évaluer la couverture. Les données ventilées selon l'âge et le sexe sont une composante primordiale d'une planification et d'une programmation efficaces.
- Au niveau de la mise en œuvre, les personnes chargées de la programmation peuvent s'appuyer sur la cartographie et les estimations de la taille de la population pour :
 - estimer la taille de la communauté sur un territoire donné et déterminer les besoins en personnel
 - identifier les lieux de fréquentation des PUDI pour déterminer la localisation des interventions
 - comprendre la composition démographique de la communauté (en termes d'âge, de sexe, d'appartenance ethnique, de situation familiale, de substances consommées) pour s'assurer que les actions de proximité et les services sont correctement conçus au regard des contextes locaux et des besoins individuels et de la communauté
 - identifier les services nécessaires, et à quels endroits

2 Les jeunes personnes usagères de drogues, qui injectent ou non, sont celles ayant entre 10 et 24 ans, conformément à une note technique du Groupe de travail inter-institutions sur les populations clés *HIV and young people who inject drugs: a technical brief* (Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015).

3 Une organisation opérationnelle est une organisation développant une action auprès des PUDI, avec une approche centrée sur l'utilisateur des services. Ce peut être une organisation gouvernementale ou non gouvernementale, une organisation communautaire ou menée par la communauté, et elle peut travailler à l'échelle d'un État, d'une province, d'un district ou d'une municipalité. Parfois, une organisation non gouvernementale offre des services à travers plusieurs unités en différents endroits d'une zone urbaine ; dans ce cas, chacune de ces unités peut également être considérée comme une organisation opérationnelle.

- obtenir des informations relatives aux comportements à risques, à la perception des risques, aux obstacles et aux problèmes structurels, afin d'alimenter la conception initiale de l'intervention.

Impliquer les PUDI au niveau local dans la cartographie des membres de la communauté et des services est particulièrement important, car cela permet de s'assurer que l'information recueillie est complète et non fondée sur des hypothèses inexactes ou discriminatoires. Les membres de la communauté bien informés peuvent valider l'information et contribuer à s'assurer que le programme offre des services acceptables et accessibles au plus grand nombre possible de membres de la communauté.

La cartographie devrait consister à recueillir l'information sur le nombre de PUDI, leurs tranches d'âge et leurs sexes, les lieux et les moments où elles se rassemblent, et les types de drogues consommées. En outre, les services déjà existants de réduction des risques devraient être recensés pour éviter les chevauchements. L'information peut être obtenue lors de conversations informelles avec des membres de la communauté ou à travers une série de discussions ou d'ateliers organisés dans un environnement sûr, où les membres de la communauté peuvent discuter de leurs besoins et priorités.

La cartographie et l'estimation de la taille de la population sont un processus à plusieurs étapes, qui s'intéresse à un niveau toujours plus local à chaque étape afin de rendre l'information plus précise et plus exacte. Il est possible d'utiliser des modèles mathématiques pour valider les estimations de la taille de la communauté par le programme. Les estimations de la taille sont mises à jour périodiquement, et une nouvelle cartographie peut être réalisée si les forces sociales, politiques ou économiques conduisent à des changements majeurs au sein de la population de PUDI.

Première étape : « Où, dans le pays, se trouve un nombre significatif de PUDI ? »

Pour déterminer où les services devraient être établis, un chargé de planification au niveau central doit d'abord identifier où se trouvent les PUDI. Cette information peut être obtenue en interviewant les informateurs principaux, tels que les prestataires de soins et les PUDI qui sont déjà connues du programme. Un nombre approximatif de PUDI devrait être obtenu pour chaque territoire identifié de façon à concentrer dans un premier temps les interventions dans les endroits où elles sont le plus nombreuses.

Deuxième étape : « Combien de PUDI sont identifiées dans ces municipalités/quartiers, et où ? En quoi sont-elles exposées aux risques et vulnérables, et quels sont leurs besoins et préférences en matière de services ? »

Une fois le secteur géographique connu, une cartographie et une estimation de la taille plus détaillées peuvent être réalisées. Cette opération peut s'appuyer sur la méthode PLACE (*Priorities for Local AIDS Control Efforts*) ou consister en une cartographie participative, en fonction du niveau de participation des PUDI dans le processus de cartographie et de l'estimation de la taille.

Les cartographies participatives peuvent être réalisées avec des membres de la communauté formés, des chercheurs et des organisations locales. Cela facilite l'établissement des premières esti-

mations de la taille de la population et donne un aperçu des sous-groupes (par exemple les jeunes, les femmes, les travailleurs et travailleuses du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), ainsi que des points de rassemblement des membres de la communauté et des services existants pour les PUDI. En assurant l'implication des membres de la communauté, le processus de cartographie participative peut contribuer à améliorer leur estime de soi, leur autonomie et leur adhésion au programme, et à s'assurer que les programmes sont mis en œuvre en ayant au maximum à l'esprit les questions de sécurité.

Les endroits identifiés par les divers informateurs ou décrits comme étant fréquentés par un grand nombre de PUDI font l'objet d'un diagnostic plus approfondi afin de déterminer si ces personnes présentent des risques élevés d'exposition au VIH et au VHC. Des informations détaillées sont recherchées auprès des PUDI, discutées avec elles et validées par elles concernant : le nombre de PUDI dans leur réseau social, les lieux spécifiques où les PUDI se réunissent et tout autre secteur à proximité où d'autres PUDI peuvent se trouver.

Le programme utilise cette information en étroite concertation avec la communauté pour décider où les points de service tels que les lieux d'accueil⁴ et les centres de soins devraient être situés. D'autres centres de soins peuvent être identifiés et localisés à des fins d'orientations ultérieures. La conception du programme est encore précisée et documentée par les PUDI qui décrivent les endroits, les heures, les habitudes et toute autre information permettant de déterminer quand, où et comment les services seront mis en place.

Troisième étape : « Comment atteindre les PUDI ? »

Lors de cette étape, on établit généralement une carte des réseaux sociaux pour identifier avec précision qui peut être atteint par les travailleurs de proximité pairs⁵ et détailler la planification au niveau local, en tenant compte des valeurs et préférences des PUDI.

Il est important de noter que le manque de données ne peut pas justifier l'inaction. Les interventions devraient être mises en œuvre simultanément aux initiatives indispensables de recherche et de collecte de données nécessaires à la production des éléments probants.

5.2.2 Développer la riposte aux niveaux national et local : évaluation des besoins

L'évaluation des besoins fournit l'occasion de se concentrer sur les besoins spécifiques des communautés des PUDI au niveau national ou plus localement. Elle fournit les informations essentielles pour compléter celles qui ont été recueillies au cours du processus d'estimation de la taille de la population et de cartographie. Pour les organisations déjà impliquées dans la programmation d'interventions de réduction des risques ou de prévention du VIH, elle peut confirmer – ou ajuster – les connaissances sur les communautés de PUDI.

4 Un lieu d'accueil est un endroit où les PUDI peuvent se réunir pour se reposer, rencontrer d'autres membres de la communauté et organiser des événements sociaux, des réunions ou des formations. Pour de plus amples informations, voir la section 4.6 du chapitre 4.

5 Un travailleur de proximité pair est une personne usagère de drogues injectables, ou une personne intégrée à la communauté, qui mène des actions de proximité auprès d'autres PUDI, et qui ne travaille généralement pas à temps plein dans un projet de prévention du VIH (le personnel à temps plein pourrait être dénommé « personnel de proximité » ou simplement « travailleurs de proximité »). Les travailleurs de proximité pairs peuvent entre autres être désignés par « éducateurs pairs », « travailleurs de proximité communautaires » ou « travailleurs de proximité ». Cependant, les termes « pairs » ou « communauté » ne devraient être ni compris ni utilisés pour suggérer des qualifications ou des compétences moindres que celles du personnel de proximité.

Encadré
5.2**La cartographie, la confidentialité
et la sécurité des membres de la communauté**

La cartographie devrait toujours être faite discrètement et avec la participation active de la communauté des PUDI. Les cartes et autres données contenant des informations sur les PUDI (par exemple, des lieux) devraient être confidentielles et conservées dans un endroit sécurisé et centralisé, tel un lieu d'accueil. Les responsables de la planification de programmes et les organisations opérationnelles devraient se prémunir contre la possibilité que les forces de l'ordre ou d'autres groupes qui pourraient utiliser ces informations pour localiser des sites ou porter préjudice aux PUDI, aient accès aux données. Si ces documents confidentiels sont divulgués, il est probable que le programme perde la confiance de la communauté.

L'évaluation des besoins peut aider à identifier une nouvelle action ou à démontrer la validité des programmes existants. Elle peut également fournir des données précieuses pour développer un argumentaire convaincant quant à la nécessité d'un service ou un programme, et documenter les demandes de subvention et les discussions avec les bailleurs et les partenaires. Il est important que le plus d'acteurs possible soient impliqués dans l'évaluation des besoins : les membres de la communauté, notamment les femmes et les jeunes, leurs familles, les principaux prestataires de services, d'autres partenaires de la société civile, les décideurs politiques, les bailleurs et les donateurs.

Encadré
5.3**Les quatre étapes de l'évaluation des besoins****Étape 1 : Réaliser une analyse des « lacunes »**

Une analyse des lacunes permet d'identifier les manques dans la programmation en vue de démontrer qu'une autre d'intervention est nécessaire. Elle peut être réalisée par le biais d'un sondage écrit ou d'entretiens avec les informateurs clés, d'une consultation, de focus groupes ou de réunions avec eux pour identifier les manques et envisager des solutions ; ou, au niveau local, par le biais de formulaires, pouvant être remplis de façon anonyme, pour recueillir l'avis des utilisateurs du programme en cours.

Étape 2 : Identifier les priorités

L'analyse des lacunes permettra de dégager une liste d'idées relatives à d'éventuelles nouvelles actions ou à des pistes pour développer un programme existant. Toutes les organisations doivent établir des priorités et décider ce qu'elles peuvent et ce qu'elles ne peuvent pas fournir ou réaliser. Cela signifie passer en revue la liste des lacunes et décider lesquelles sont les plus importantes au regard des objectifs, des capacités et des contraintes de l'organisation, et des besoins de la communauté.

Étape 3 : Identifier les contraintes et les opportunités

L'évaluation des besoins mettra également en lumière les éventuelles contraintes et opportunités. Il est utile de réfléchir à la façon dont l'organisation peut intervenir en listant les données et les idées qui entrent dans ces deux catégories. Les donateurs et les bailleurs

seront sensibles à ce niveau de détail ; cela indique que l'organisation tient compte de toutes les questions pouvant être soulevées, négatives comme positives, et la façon dont l'organisation les gèrera.

Étape 4 : Définir les solutions et la planification possibles

À partir des informations de l'étape 3, des solutions et des plans d'action potentiels peuvent être définis pour montrer comment gérer chacune des contraintes et des opportunités identifiées.

5.2.3 Comprendre l'environnement

La connaissance du terrain par la communauté devrait être complétée par une recherche en vue d'obtenir un aperçu clair des facteurs qui pourraient affecter la façon dont les services peuvent être fournis et les lieux où ils pourraient être établis. Ces facteurs incluent :

- les lois et politiques nationales et locales concernant l'usage de drogues⁶ et les services de réduction des risques ;
- les attitudes et le comportement de la police et autres autorités chargées de l'application de la loi ;
- les attitudes des prestataires de santé et de services sociaux ;
- les attitudes et le comportement de la population générale à l'égard de l'usage de drogues, en particulier de celle des quartiers où les points de services (tels que les lieux d'accueil ou un centre délivrant des traitements de substitution aux opiacés (TSO) pourraient être établis ;
- les attitudes des familles de personnes usagères de drogues, notamment dans les communautés où l'usage de drogue est répandu ;
- les attitudes des responsables politiques et des médias locaux au regard de l'usage de drogues ;
- le rôle de la criminalité organisée dans le trafic de drogues (et si un programme de réduction des risques peut être considéré comme une menace pour les activités de vente de substances).

Encadré 5.4

La consultation communautaire

Les actions de proximité auprès de la population, des partenaires du programme et des prestataires de services sont importantes pour la sécurité et la protection des PUDI et des personnes qui leur fourniront les services. Les étapes suivantes permettront de bien démarrer le programme :

- consulter la population générale pour expliquer le projet et prendre en considération dès le début les éventuelles préoccupations ;
- consulter la police locale pour expliquer le projet et obtenir une assurance quant à la protection des personnes impliquées (des prestataires et des utilisateurs des services) ;
- obtenir les autorisations auprès des autorités compétentes.

Pour de plus amples informations, voir la section 4.6.2 du chapitre 4.

6 L'usage de drogues se réfère à l'usage de substances psychoactives à des fins non médicales, qu'elles soient illicites, réglementées ou prescrites.

Les autorités locales peuvent devenir des alliés à la suite des discussions et de la négociation clarifiant les bénéfices qu'elles pourraient tirer des services de réduction des risques (tels que la baisse des dépenses liées au maintien de l'ordre). Une partie de ces informations peut être recueillie par une recherche documentaire, mais la plupart nécessiteront des discussions informelles avec les résidents et les communautés locales, les partenaires et les groupes d'intérêt, et probablement des réunions plus formelles avec les autorités locales. Dans les contextes plus ouverts, il peut être possible de s'appuyer sur les espaces existants tels que les conseils communautaires pour établir un dialogue structuré. Les mesures à prendre pour établir des rapports constructifs peuvent inclure :

- la prise de contact avec les autorités compétentes pendant la phase de planification du programme et l'identification d'une personne référente pour les échanges futurs ;
- le développement de sessions de formations pluridisciplinaires sur le travail auprès des PUDI ;
- l'établissement de « règles » et accords sur la façon dont les actions de proximité travailleront en coordination avec les services à plus haut seuil d'exigence sans briser la confiance ou violer la confidentialité de la communauté des personnes usagères de drogues.

En travaillant avec ces autorités, et notamment avec la police, qui peut être responsable du harcèlement et de l'arrestation de PUDI, toutes les précautions doivent être prises pour garantir la confidentialité et la protection de la communauté. C'est une priorité qui n'est négociable sous aucun prétexte. Pour de plus amples informations, voir le *Practical guide for civil society HIV providers among people who use drugs: improving cooperation and interaction with law enforcement officials* (publié par l'Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime [ONUDC], l'International Network of People Who use Drugs [INPUD], et le Law Enforcement and HIV Network [LEAHN]).

Les obstacles liés à l'âge et l'usage de drogues des mineurs

Alors que des restrictions et des obstacles liés à l'âge pour accéder à des services spécifiques peuvent exister dans certains pays, le programme, reconnaissant que les enfants peuvent commencer à pratiquer l'injection bien avant l'âge légal de la majorité, devrait être le plus ouvert possible et ne refuser des services à aucune personne en ayant besoin.

Dans certains endroits, le consentement parental est nécessaire pour pouvoir fournir des services, et cela peut entraver l'accès des jeunes au dépistage du VIH. Une fois encore, les programmes devraient s'efforcer d'être aussi ouverts que la loi le permet, et souples pour répondre aux besoins des personnes recherchant des services. La discrétion des prestataires de services concernant la prise en charge des jeunes clients devrait être autorisée et officiellement approuvée.

5.2.4 Définir des priorités géographiques

Les ressources financières sont généralement insuffisantes pour couvrir les besoins de toutes les PUDI du pays avec le même ensemble de services. En conséquence, les programmes doivent établir des priorités concernant à la fois les interventions et leurs localisations, et les adapter en fonction des besoins au niveau local mis au jour lors de la cartographie et de l'analyse démographique. Cela peut être réalisé en diversifiant les modes de délivrance des composantes techniques et en donnant la priorité aux secteurs où il est possible d'atteindre le plus grand nombre de PUDI ou celles les plus exposées aux risques (voir la section 5.2.2).

5.3 La planification

5.3.1 Élaborer un plan de programme

Le plan du programme fournit l'orientation du programme. Il peut être élaboré à une grande échelle (par exemple, au niveau national ou d'un État, ou au niveau d'une province) ou à une échelle locale plus petite et plus simple (un district ou une municipalité). Lorsque les programmes locaux font partie d'un programme national, les plans locaux s'articuleront avec le plan national. D'une façon générale, le plan du programme :

- donne des précisions sur l'ensemble des éléments d'intervention et du programme ;
- établit un cadre logique comme base pour le suivi du programme⁷ ;
- fait en sorte qu'il soit possible d'évaluer la qualité de programme.

Le plan devrait être passé en revue et mis à jour autant que nécessaire pendant toute la durée du programme pour refléter tous les changements liés à la/aux population(s) destinataires des services ou à l'environnement en matière de politiques et de financement. Les éléments du plan du programme incluent :

Le cahier des charges, qui décrit les besoins auxquels le programme entend répondre et la justification des interventions prévues. Il met en évidence les paramètres et les contraintes (par exemple légales, concernant les financements) en vigueur dans le contexte d'intervention du programme. Il présente les services qui seront fournis (c.-à-d. les éléments de l'ensemble complet de services décrit dans le chapitre 3⁸), les approches qui seront choisies et les objectifs et livrables quantifiables. Le cahier des charges est un document de communication qui peut être utilisé pour obtenir l'accord des organisations gouvernementales clés ou de tutelles. Le plan du programme est étroitement lié au **cadre logique**, qui présente quasi la même information mais sous forme abrégée, graphique, et qui met en avant le processus du programme (ressources, produits et impact).

Les données de base (baselines) : ce sont les mesures initiales des éléments sur lesquels le programme prévoit d'avoir un impact, par exemple le nombre de PUDI, le nombre de lieux d'accueil et d'utilisateurs, le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées mensuellement, les taux d'infection au VIH et au VHC, etc. Les progrès du programme sont mesurés par rapport à ces données de base.

La liste des tâches : elle présente la hiérarchie des tâches pour l'ensemble du cycle de vie du programme (en déterminant quelles tâches dépendent de la réalisation préalable d'autres tâches), et un calendrier dans lequel toutes les tâches sont placées au moment correspondant à leur réalisation. Elle indique les ressources affectées à chaque tâche, le temps que chaque tâche prendra, son coût et toutes les contraintes associées.

Les rôles et responsabilités : il est important que la direction du programme détermine et convienne des tâches et actions devant être effectuées et par qui, et des décisions et ressources imputables à chaque partenaire.

7 Un cadre logique définit les ressources, les activités, les produits, les effets et l'impact du programme, et les indicateurs associés.

8 Voir aussi le WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users—2012 revision.

Le plan de transmission de rapports : ce document précise le processus de transmission des rapports, c.-à-d. quels rapports doivent être envoyés et à qui, combien de fois, quand, sous quel format et par quel média. Il est important que le plan de transmission de rapports précise où l'information du programme sera stockée et qui pourra y accéder.

Une fois le processus de planification achevé, son contenu doit être transmis aux partenaires clés. Cette communication devrait inclure :

- l'examen et l'approbation du plan du programme ;
- les procédures pour amender le contenu du programme ;
- les étapes à venir : la réalisation et la supervision du programme et les rôles et responsabilités clés lors des phases futures.

5.3.2 Établir la structure de gestion

Une structure claire pour la mise en œuvre est essentielle à la gestion sans heurts du programme. Elle indique les rôles et responsabilités à chaque niveau de mise en œuvre, à la fois au sein du programme et en dehors (par exemple, au niveau du gouvernement, de la communauté, des services médicaux, des services sociaux).

Au niveau national/central, le gouvernement ou l'agence centrale de gestion :

- définit les normes relatives à la programmation ;
- surveille les indicateurs de tableau de bord⁹ de toutes les organisations opérationnelles dans le pays ;
- s'assure que les programmes sont mis en œuvre dans les secteurs prioritaires et pour les populations spécifiques de PUDI ;
- a une vision centralisée des données de surveillance ;
- assure un plan national d'évaluation.

Si le gouvernement ou l'agence de gestion désignée au niveau central ne fixe pas de normes ou n'exige pas de comptes rendus centralisés sur les indicateurs, les organisations opérationnelles devraient travailler ensemble pour mettre en œuvre l'ensemble des services et centraliser le recueil de données sur les indicateurs en concertation avec le gouvernement.

Le schéma 5.1 présente la structure de gestion d'un programme national, indiquant les relations en matière de supervision et de transmission de rapports au programme aussi bien que les relations externes à divers niveaux. Les rôles clés en matière de gestion sont :

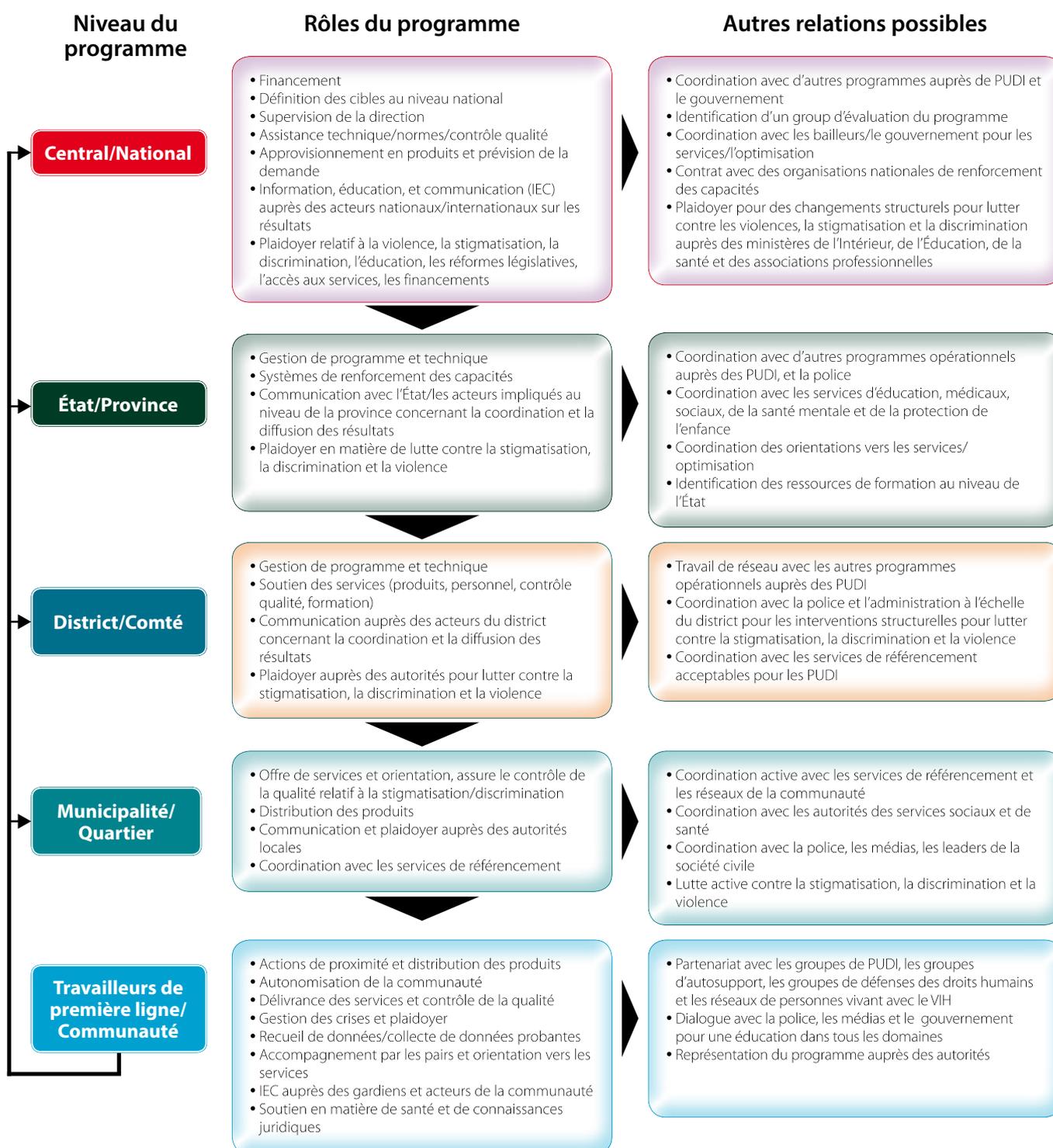
- **déterminer les étapes majeures** avec une supervision de terrain relative à la qualité et aux progrès réalisés. Cela implique l'examen régulier des progrès au regard des cibles à atteindre pour ajuster les stratégies ; et l'utilisation des enseignements et des données du programme pour faire des ajustements à mi-parcours si nécessaire ;

⁹ Les indicateurs de tableau de bord, agrégés au niveau national, sont les indicateurs de suivi du programme les plus importants. Ils fournissent une vue d'ensemble du bon fonctionnement du programme (un peu comme les jauges du tableau de bord d'une voiture indiquent au conducteur si son moteur fonctionne bien).

5 La gestion de programme

- **établir une culture d'organisation qui vise à :**
 - améliorer les capacités des PUDI en matière de gestion de programme
 - renforcer les capacités du personnel à tous les niveaux en matière d'utilisation des indicateurs de suivi locaux pour améliorer le programme
 - encourager l'évolution professionnelle de l'ensemble du personnel et favoriser l'apprentissage mutuel.

Figure 5.1 Structure de gestion indicative pour un programme national de prévention et de soin du HIV auprès des PUDI



5.4 Le recrutement et la formation le personnel

Il est nécessaire de disposer d'une d'équipe composée de personnes ayant des compétences diverses pour mettre en œuvre les programmes de lutte contre le VIH auprès des PUDI. La composition d'une équipe dépend des services proposés, de la façon dont ils sont fournis, de la taille de la communauté et du territoire couvert.

Plusieurs bonnes pratiques ont été définies en vue de garantir l'optimisation des ressources humaines et de la motivation et de la satisfaction du personnel au regard de son travail :

- des descriptifs de poste et des rôles et responsabilités clairs pour tous les postes du programme, y compris les postes occupés par les membres de la communauté ;
- une structure hiérarchique claire indiquant les liens de subordination de chaque personne ;
- le développement de l'esprit d'équipe et une culture d'accompagnement ;
- des critères clairs pour l'évaluation de la performance ;
- des politiques claires en matière de congé, de remboursement des frais de transport et de rémunération salariale, notamment des politiques équitables pour les PUDI. Dans l'idéal, celles-ci devraient être homogènes dans un même pays ;
- les possibilités de formation pour les différents postes au sein de l'organisation, tels que les superviseurs des actions de proximité, les aides-soignants, les infirmiers, les conseillers, les travailleurs sociaux, l'administrateur.

Les relations au sein d'une équipe constituée à la fois de personnel n'appartenant pas à la communauté (c.-à-d. qui ne consomme pas de drogues) et de membres de la communauté doivent être bien encadrées. Le personnel non membre de la communauté devrait être sensible au contexte de l'usage de drogues, et à la stigmatisation, à la discrimination, aux violences et aux autres problèmes auxquels sont confrontées les PUDI. Il devrait également pouvoir discuter de sujets tels que la sexualité, les drogues et les besoins en termes de services en adoptant une posture de non-jugement. Il est fondamental que l'ensemble du personnel adopte une approche et un état d'esprit souple pour répondre aux besoins et aux changements de la situation sur le terrain. Le personnel non membre de la communauté devrait être disposé à apprendre des personnes usagères de drogues ainsi qu'à les accompagner dans le renforcement de leurs capacités.

Le renforcement des capacités des ressources humaines est particulièrement important dans les programmes dont le but est de responsabiliser progressivement les personnes usagères de drogues en vue de leur implication significative dans la programmation. Les capacités du personnel non membre de la communauté et des membres de la communauté peuvent être renforcées à travers des formations théoriques, la pratique, la supervision et l'accompagnement, et les sessions de résolution de problèmes interactives. Les supports de formation devraient être adaptés ou développés au niveau central pour assurer la qualité de la formation et sa conformité aux normes minimales définies par le programme, et être élaborés à partir d'une évaluation des besoins en renforcement de capacités. Des évaluations pré- et post-formation sont utiles pour mesurer la qualité des formations.

Les objectifs de la formation du personnel général sont notamment :

- la connaissance par le personnel des détails du projet (par exemple concernant les interventions, les formats de rapports) ;

- le renforcement des compétences techniques dans de nouveaux domaines (par exemple, l'examen des abcès, le counselling lié à l'usage de drogues) ;
- la sensibilisation du personnel à l'égard des problèmes liés à l'usage de drogues et à l'importance de transmettre les compétences et transférer les responsabilités à la communauté. Cela peut nécessiter un changement d'attitudes des membres du personnel à l'égard de l'usage de drogues (positions morales vis-à-vis de l'usage de drogue, etc.).

Certaines approches permettant de tirer parti des enseignements du programme incluent :

- les visites régulières des responsables de programme pour prendre connaissance des innovations locales et communiquer ces enseignements à d'autres sites ;
- l'organisation régulière de revues de programme collectives avec plusieurs organisations opérationnelles, qui peuvent également être utilisées pour l'échange d'informations ;
- les réunions du personnel technique des différents sites afin de partager les approches ;
- la révision formelle des approches du programme, des normes minimales, des procédures opérationnelles standards et des formats de rapports.

Pour le personnel membre de la communauté, l'objectif du programme est d'accroître l'implication des personnes usagères de drogues dans la gestion du programme et de leur donner les moyens de gérer certains problèmes environnementaux et structurels qui entravent les comportements de prévention. Les objectifs de la formation sont de renforcer les capacités des personnes usagères de drogues à mener des actions de proximité, à prendre en charge progressivement la gestion des différents aspects du travail de proximité et à évoluer vers d'autres postes du programme, y compris des postes de direction. Cette formation peut être graduellement dispensée, en allant d'une formation initiale à une formation avancée.

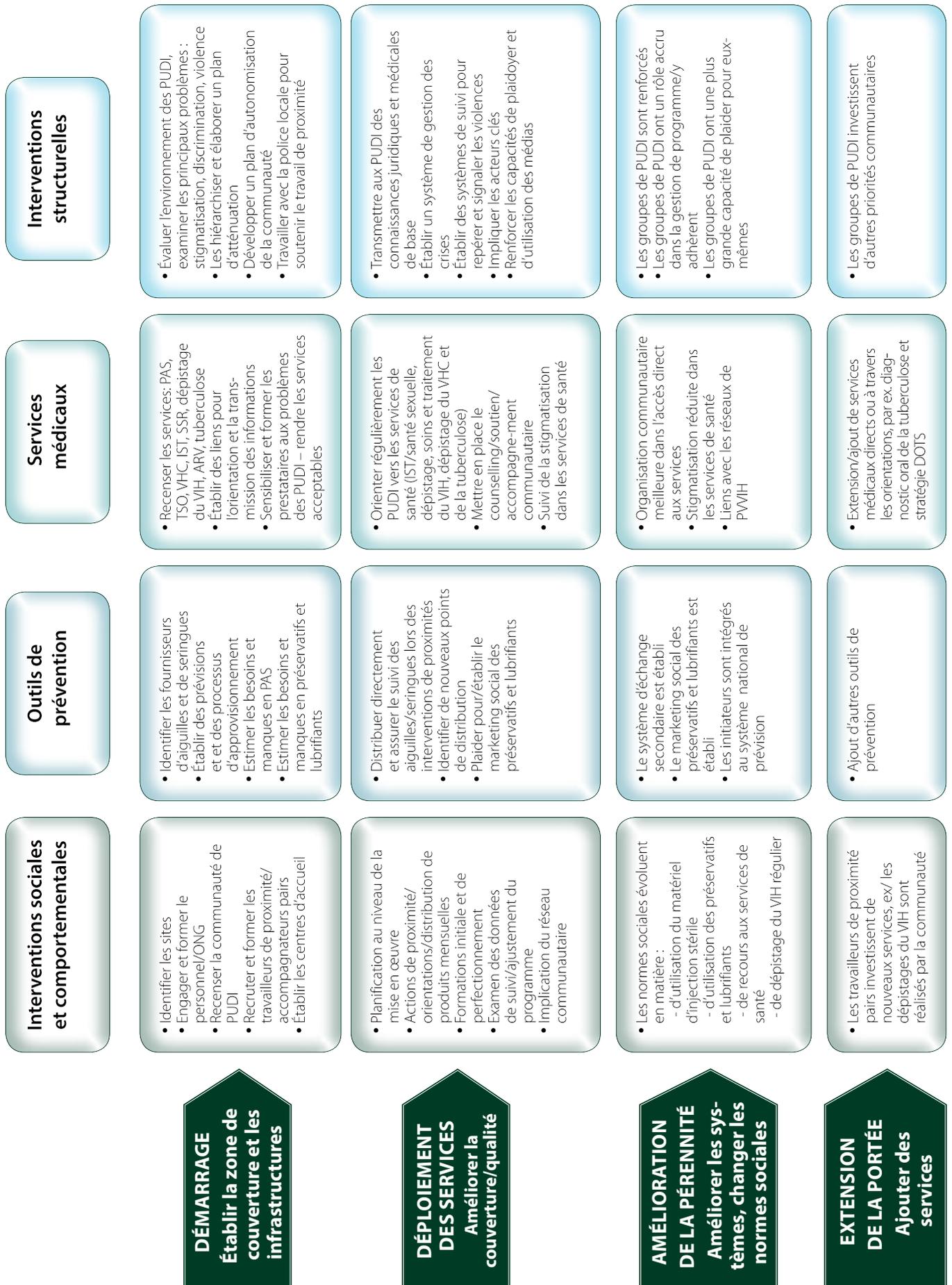
Bien que les membres du personnel puissent avoir différents types et niveaux d'expérience, dans la mesure du possible, ils devraient participer ensemble aux formations, de sorte que tous les participants puissent apprendre les uns des autres et combler les lacunes dans leurs connaissances et compétences d'une façon collaborative.

5.5 La mise en œuvre d'un programme

Suivre des étapes précises pour le démarrage et la mise en œuvre du programme permet d'assurer une large couverture géographique (voir la figure 5.2). En premier lieu, le programme est déployé presque simultanément sur l'ensemble des territoires ciblés (contrairement à une approche de projet pilote visant à être répliqué) en établissant les infrastructures dans ces secteurs.

Ensuite, l'attention porte sur la mise en œuvre des services et la recherche constante de l'amélioration de la qualité. Pendant la phase de mise en œuvre, la priorité est d'assurer la couverture de la communauté par les services et d'améliorer la qualité. La phase de mise en œuvre est un processus continu dans lequel les responsables examinent les progrès réalisés au regard des cibles et ajustent les stratégies si nécessaire. Des ajustements sont réalisés à mi-parcours en fonction des nouvelles données et approches ou des changements environnementaux ou structurels qui affectent la programmation. L'étendue et la qualité de la couverture augmentent à mesure que les membres du personnel deviennent plus compétents dans leur travail. C'est au cours de cette phase que la sou-

Figure 5.2 Étapes de la mise en œuvre d'un programme à composantes multiples auprès des PUDI



plesse et l'apprentissage continu du programme sont extrêmement précieux. Un solide système de suivi avec des bilans réguliers est essentiel au déploiement réussi des services. Il indique également aux bailleurs et au gouvernement si la programmation est mise en œuvre avec succès.

Enfin, au fur et à mesure de la maturation des interventions, la mise en œuvre s'attachera davantage aux aspects liés à la pérennisation des interventions et des services. Des services complémentaires peuvent être intégrés au fil du temps.

5.6 L'amélioration de la qualité par la communauté

Améliorer la qualité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services du programme nécessite de recueillir régulièrement l'avis de la communauté quant à leur expérience des services. Il existe plusieurs manières d'y parvenir.

5.6.1 Les comités communautaires

Un comité communautaire est un espace de discussion permettant aux membres de la communauté de porter régulièrement à l'attention du programme les questions, problèmes et solutions importants. Les comités peuvent passer en revue les services médicaux, la distribution des produits et les initiatives pour surmonter les obstacles structurels. Ils peuvent également constituer un canal de communication permettant au programme de discuter des changements envisagés et de partager le suivi des données avec la communauté.

Les comités communautaires sont composés de la communauté des PUDI, aussi bien que de la communauté plus large. Ils devraient se réunir mensuellement. Des élections régulières (annuelles par exemple) de représentants du comité devraient être tenues. Le personnel de l'organisation opérationnelle concernée peut être invité aux réunions pour discuter des problèmes soulevés.

Les comités communautaires interviennent principalement en première ligne, mais ils peuvent également contribuer au suivi du programme au niveau de la municipalité/du quartier. Un rapport de réunion comme celui présenté dans le tableau 5.3 peut être utilisé pour traiter systématiquement les questions et pour en rendre compte à la communauté et au programme.

Les actions menées par le personnel du programme ou les travailleurs de proximité eux-mêmes et les résultats devraient être communiqués lors des réunions ultérieures pour garantir une bonne communication avec la communauté. Un enregistrement de ces discussions et actions devrait être conservé.

Comme le personnel du programme responsable des volets locaux de l'intervention peut parfois être réticent à régler certains problèmes relatifs à la qualité soulevés par le comité communautaire, il est essentiel que des responsables du programme à l'échelon immédiatement supérieur y participent. La confidentialité devrait être respectée à tout moment, et la direction devrait superviser le comité pour s'assurer que la communauté a la liberté de formuler des critiques. Un défenseur de confiance devrait intervenir en tant que facilitateur de programme. Dans l'idéal, cette personne devrait être membre de la communauté, bien qu'elle puisse travailler en binôme avec un membre du personnel de l'organisation opérationnelle qui peut plaider en faveur de changements. Un mécanisme de résolution des problèmes de communication qui dépassent le responsable local devrait être établi au cas où ceux-ci seraient considérés comme des obstacles au changement.

Tableau 5.3 Exemple de rapport de comité communautaire

COMMUNITY COMMITTEE REPORT [LOCATION]		DATE:
Domaine	Problème	Solution proposée
Problèmes relatifs à l'approvisionnement, la qualité ou la quantité (par exemple, aiguilles et seringues, médicaments) sur un site spécifique ou sur plusieurs sites	<i>La communauté rapporte que quelques travailleurs pairs effectuant un travail de proximité dans une gare ne distribuent pas assez d'aiguilles stériles.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le coordonnateur des actions de proximité doit travailler avec les travailleurs de proximité pairs afin qu'ils distribuent le nombre d'aiguilles et de seringues demandées par chaque membre de la communauté. 2. Mettre en place un suivi sur le site de la gare pour s'assurer du changement.
La fermeture ou le manque de disponibilité des services, dans les structures de référencement ou les actions de proximité	<i>Le centre de santé public sur la route principale refuse souvent les personnes après 15 heures.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Écrire une lettre au responsable de la santé documentant le problème. Demander au directeur de l'ONG de cosigner la lettre du représentant de la communauté. 2. Le chargé de santé de l'ONG et le représentant de la communauté devraient rendre visite au directeur médical pour plaider en faveur de la mise en application de l'accord relatif aux heures supplémentaires d'ouverture signé en mai.
Problèmes de qualité des services : par exemple, mauvais traitement dans les structures, discrimination dans les services de référencement, problèmes non résolus au sein des espaces sécurisés	<i>Les infirmières du centre de santé public de la route principale mènent l'entretien initial avec les patients dans un espace public, et non dans une pièce privée.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le responsable de santé de l'ONG et le représentant de la communauté devraient faire remonter cette information au cours d'une visite au directeur médical en vue de garantir la mise en conformité au regard du protocole de traitement des IST. 2. Mettre en place un suivi communautaire pour déterminer si le centre de soin est en conformité avec la politique.
Duplication des services par d'autres prestataires qui peuvent causer une confusion	<i>Aucun problème.</i>	RAS
Activités de lutte contre les violences, auteurs des violences et tendances en matière de violences.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le rapport sur le nombre d'incidents n'a pas été remis lors de la dernière réunion communautaire au lieu d'accueil. 2. Les frais de transport des membres de l'équipe ayant accompagné les victimes à l'hôpital n'ont pas été remboursés. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'assurer que les leaders communautaires se voient communiquer l'information par les membres de l'équipe de gestion de crise et vérifier celle-ci avec l'employé de l'ONG responsable des données avant les réunions communautaires mensuelles. 2. Le superviseur des actions de proximité vérifie et s'assure que les remboursements sont faits dans un délai d'une semaine.
<i>Toute autre question...</i>		

Autres approches menées par la communauté pour renforcer la qualité des services médicaux

- Obtenir l'accord des structures de soins de référencement pour afficher des chartes relatives aux droits des patients, qui sont les énoncés de politique gouvernementale concernant tous ceux qui se présentent dans un service de santé.
- Obtenir l'accord d'un responsable médical pour diffuser dans les centres de santé une information relative au droit à la confidentialité.

5 La gestion de programme

- Identifier des canaux de communication pour partager l'information concernant la fiabilité des services au sein de la communauté. Cette information peut être notifiée sur un panneau d'affichage ou une page Facebook protégée.
- Prévoir des contacts réguliers (via des visites ou des courriers) avec le directeur médical d'une structure pour rendre compte formellement des problèmes et des retours positifs.
- Informer la communauté sur les droits des patients et le suivi des services par la communauté.
- Présenter officiellement les membres du comité aux prestataires de services de santé.

Concernant les contributions possibles des membres de la communauté à l'assurance qualité dans les processus de suivi et d'évaluation de programme, voir la section 5.7.3.

5.7 Le suivi et l'évaluation

5.7.1 Le suivi

Un système de recueil de données systématique est nécessaire pour pouvoir agréger et consolider l'information et ainsi suivre les indicateurs du tableau de bord. Le suivi des données est employé pour :

- encourager l'amélioration continue ;
- identifier les tendances et les problèmes émergents ;
- fournir les données relatives à l'impact des activités et des produits ;
- fournir une base documentée pour la prise de décision, l'examen et la planification de services futurs ;
- permettre aux communautés d'élaborer l'offre de services et de s'engager dans les processus décisionnels.

Plusieurs sources de données sont nécessaires pour concevoir, suivre et gérer un programme :

Les données de base (baselines) du programme : elles incluent la cartographie et les estimations de la taille de la population ventilées selon le sexe et l'âge, et les données initiales obtenues lors de l'inclusion des PUDI dans le programme. Ces données sont utiles pour estimer les besoins attendus en aiguilles et seringues des PUDI (aussi bien que d'autres produits tels que les préservatifs et les lubrifiants) et donnent une certaine idée des risques spécifiques à la population pour la priorisation des services.

Infrastructure et personnel : cela inclut le nombre de lieux d'accueil et de centres de soins, et le nombre de personnes recrutées et formées par postes. Ces données sont importantes pour suivre l'évolution de l'offre de services au-delà du territoire déterminé initialement, et les ressources humaines.

Les données de suivi du programme : elles incluent les contacts entre les utilisateurs du programme et les travailleurs de proximité, les actions de proximité et les services médicaux. Les données devraient être ventilées selon le sexe et l'âge et peuvent inclure le nombre de nouveaux contacts et le nombre de contacts répétés, le nombre d'aiguilles, de seringues et d'autres matériels d'injection distribués, le nombre d'orientations, le nombre d'initiations de TSO, le nombre de demandes d'in-

formation, les types d'information demandés, les sessions d'information assurées, les publications produites, la distribution globale de publications. Les résultats des orientations (c.-à-d. l'utilisation effective du service vers lequel une personne a été orientée, et non le résultat médical) devraient être évalués grâce à un canal de communication établi avec le service de référencement. Les résultats des orientations peuvent constituer une mesure de l'efficacité de programme.

**Encadré
5.5**

Le suivi du parcours des utilisateurs à travers les services

La mobilité de certaines PUDI rend difficile la mesure du nombre total de services reçus, parce qu'à mesure que les personnes évoluent au sein des différents sites de services, équipes ou organisations opérationnelles, elles peuvent de nouveau être comptabilisées comme « nouveau contact » dans le programme. Une façon de surmonter cette difficulté est de demander aux personnes recevant des services s'ils en ont déjà reçu et où. Un autre moyen est de fournir une carte d'identification anonyme indiquant que la personne bénéficie des services du programme. La carte devrait utiliser un numéro unique d'identification (NUI) délivré par le programme local plutôt que le nom de la personne, et elle ne devrait ni indiquer le nom du programme ni identifier son détenteur en tant que personne usagère de drogues injectables. Dans certains contextes, il peut être possible de se coordonner entre prestataires de services d'un même pays de sorte que le même format de NUI soit employé par tous. Une ONG ou une unité de services locale pourrait enregistrer les nouveaux contacts, les contacts nouveaux sur le secteur et les anciens contacts de façon à les distinguer tout en renseignant le degré de mobilité. Quelle que soit la piste choisie par le programme, les mécanismes de suivi du parcours doivent être constants à travers le temps pour être efficaces.

Les données administratives : les approvisionnements en médicaments et consommables sont gérés en suivant des politiques et des procédures de gestion des stocks adaptées. Disposer de données précises est important pour assurer la fourniture continue et sans ruptures d'aiguilles, de seringues, de préservatifs et de lubrifiants, et d'autres matériels de réduction des risques. Plus largement, l'évaluation du programme mesure en premier lieu si la mise œuvre du programme correspond bien à sa conception initiale (par exemple en matière de contenu et de couverture du programme), et ensuite l'impact final du programme, c'est-à-dire ses résultats. A-t-il permis de prévenir et de prendre en charge le VIH et le VHC au sein des communautés de PUDI ? A-t-il renforcé les capacités des organisations opérationnelles ? Un cadre d'évaluation de programme au niveau national est présenté à titre indicatif dans la figure 5.4. Voir la section 5.8 pour les documents de référence en matière de conception de programmes d'évaluation avec des PUDI.

Les résultats en matière d'orientation (c'est-à-dire si le membre de la communauté s'est présenté dans le service, et non pas les résultats médicaux) devraient être évalués grâce à un canal de communication établi avec le service de référencement.

Les dépenses : celles-ci sont importantes pour suivre le budget du projet et s'assurer que les paiements aux organisations opérationnelles et aux fournisseurs sont effectués en temps voulu, et ainsi permettre le bon déroulement du programme.

Les enquêtes et évaluations qualitatives : elles comprennent les enquêtes quantitatives déclaratives relatives à l'utilisation des préservatifs, au partage des seringues ou à l'accès aux services VIH ou VHC. Elles peuvent être utilisées pour fixer les données de base ou mesurer les progrès. Des évaluations qualitatives régulières auprès des utilisateurs du programme peuvent indiquer si la communication est intelligible et s'il existe des besoins non couverts auxquels le programme pourrait répondre.

Le contrôle de la qualité : des normes claires sont à la base du contrôle de la qualité, les services étant évalués au regard de normes spécifiques (assurance qualité). Les évaluations peuvent être externalisées à travers des audits qualité ou utiliser des approches participatives comme l'interview de « clients mystères ».

Les données extérieures : les données de sources extérieures au programme, telles que la surveillance nationale du VIH, la recherche académique ou les études menées par d'autres institutions peuvent être utiles pour se tenir informé des progrès, mettre en évidence des problèmes environnementaux ou réaliser des ajustements nécessaires dans le cadre du programme.

5.7.2 Évaluation

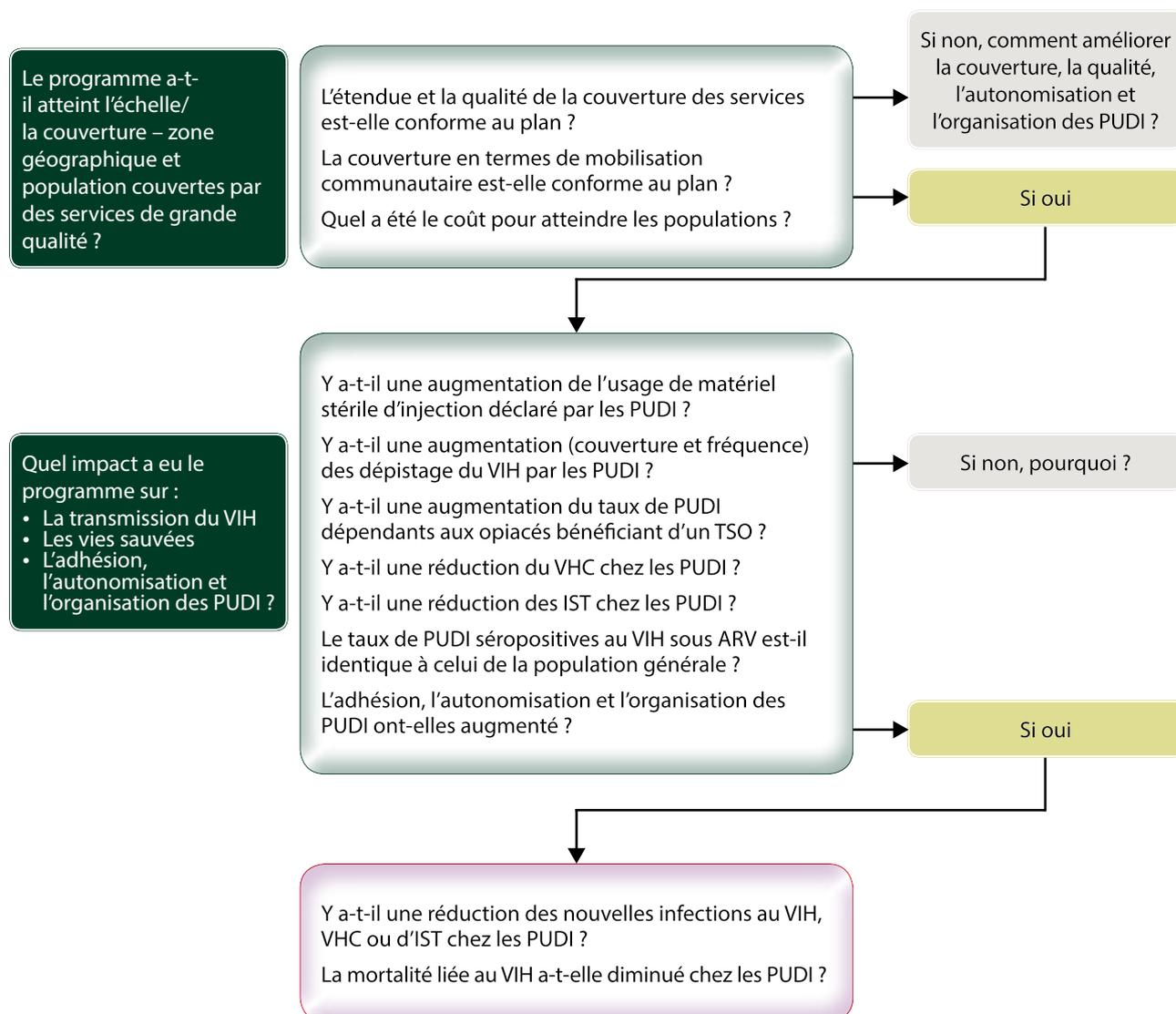
D'une manière générale, l'évaluation d'un programme détermine en premier lieu si la mise en œuvre correspond à la conception originale du programme (par exemple au regard du contenu et de la couverture du programme), puis, dans un second temps, l'impact final du programme, c'est à dire ses résultats finaux. A-t-il réduit et pris en charge le VIH et le VHC dans les communautés de PUDI ? A-t-il renforcé les capacités des organisations opérationnelles ? Le cadre d'évaluation d'un programme national est présenté à titre d'illustration dans le schéma 5.4. Pour des références de documents techniques sur l'élaboration d'évaluation de programmes auprès de PUDI, voir la section 5.8.

5.7.3 Le contrôle de la qualité par la communauté lors du suivi et de l'évaluation

Les programmes sont plus efficaces lorsque le suivi de base est conçu avec une contribution au niveau local, et qu'il existe des systèmes permettant l'utilisation des données par la communauté. Au niveau central, le programme devrait inviter les personnes responsables de plusieurs sites à déterminer quelle information leur est utile pour suivre leurs programmes (une approche simple est de réaliser un brainstorming sur les aspects du programme à examiner systématiquement au cours des visites de sites).

Là où les interventions ne sont pas encore menées par la communauté, les leaders de la communauté devraient être consultés sur les types de mesures nécessaires pour améliorer la qualité des services et des actions de proximité. Tous les programmes doivent recueillir et transmettre les données permettant de suivre les progrès, qui peuvent être utilisées pour responsabiliser le programme au regard de l'atteinte de ses objectifs. Il est important de faire en sorte que la communauté soit bien informée du type de données qui seront rassemblées, de la façon dont elles le seront et de leur utilisation future au niveau local. Les données ne devraient pas simplement faire l'objet de « comptes rendus » à un plus haut niveau, mais l'approche devrait être élaborée pour que le suivi soit aussi utile localement. Cela est important, parce que les cibles fixées aux niveaux supérieurs sont facilement interprétées à tort comme étant le premier objectif du programme, ce qui conduit par exemple à se concentrer sur le nombre de personnes accédant aux services plutôt que sur la qualité de ces services ou l'implication de la communauté dans le programme.

Figure 5.4 Cadre d'évaluation pour un programme à composantes multiples auprès des PUDI



5.8 Pour aller plus loin

1. Planning guide for the health sector response to HIV/AIDS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502535_eng.pdf
2. Manuel de planification et de gestion axée sur les résultats en matière de VIH/sida. Washington (DC) : Équipe de suivi et d'évaluation du SIDA dans le monde, Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale ; 2007.
<http://www.focusintl.com/o17-ResultsHandbookFRENCH.pdf>
3. Guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/SIDA. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA; 1998.
http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/jc441-stratplan-intro_fr.pdf
4. Practical guidance for scaling up health service innovations. Genève : Organisation mondiale de la Santé et ExpandNet ; 2009.
http://www.expandnet.net/PDFs/WHO_ExpandNet_Practical_Guide_published.pdf
5. Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé et ExpandNet ; 2010.
http://www.expandnet.net/PDFs/ExpandNet-WHO_NineStepGuide_French_Published.pdf
6. A commodity management planning guide for the scale-up of HIV counseling and testing services. Arlington (VA) : Management Sciences for Health ; 2008.
http://www.msh.org/sites/msh.org/files/HIV-Testing-Commodity-Guide-VCT_final.pdf
7. Management and Organizational Sustainability Tool (MOST) : a guide for users and facilitators—second edition. Cambridge (MA) : Management Sciences for Health; 2004.
<http://www.msh.org/resources/management-and-organizational-sustainability-tool-most>
8. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV. Geneva : Organisation mondiale de la Santé et le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida; 2010.
http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/estimating_populations_HIV_risk/en
9. Estimating prevalence : indirect methods for estimating the size of the drug problem. Global assessment programme on drug abuse : toolkit module 2. Vienne : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime; 2003.
http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Drugs/GAP_module_2.pdf
10. Priorities for local AIDS control efforts : a manual for implementing the PLACE method. Chapel Hill (NC) : MEASURE Evaluation; 2005.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-05-13>
11. Using logic models to bring together planning, evaluation, and action : logic model development guide. Battle Creek (MI) : W.K. Kellogg Foundation; 2004.
<http://www.wkkf.org/knowledge-center/resources/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide.aspx>
12. Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva : Organisation mondiale de la Santé; 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en>
13. Monitoring and evaluation systems strengthening tool. Developed by the Global Fund, PEPFAR, USAID, and others. Chapel Hill (NC) : USAID Measure Evaluation Project, Carolina Population Center, University of North Carolina-Chapel Hill; 2007.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-07-18>

Pour plus d'informations, contactez:

Division for Operations

Drug Prevention and Health Branch

HIV/AIDS Section

United Nations Office on Drugs and Crime

PO Box 500

A 1400 Vienna

Austria