

Préparation et riposte aux pandémies

Les voix des personnes
consommatrices
de drogues



International
Network of People
who Use Drugs

Table des matières

CHAPITRE	PAGE
1 Introduction	03
2 Contexte	06
A Préparation et riposte aux pandémies	06
B Règlement sanitaire international et évaluations connexes	07
C Propositions pour un traité sur les pandémies et le rôle (absent) de la société civile	08
D Droits humains, égalité de genre, et décolonialité	10
3 Méthodes de recherche	12
4 Conclusions	15
A Échantillon	15
B Thèmes	17
5 Discussion	32
6 Conclusions	34
7 Recommandations en matière de politique	36
8 Références	40



1. Introduction

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière une multitude de faiblesses dans la capacité du système de santé mondial à se préparer pour une pandémie mondiale, à y répondre et à l'atténuer. Les conséquences sociales, économiques et sanitaires de ce manque de préparation ont été dévastatrices pour tout le monde, mais peut-être encore plus pour les groupes qui étaient déjà marginalisés, criminalisés et stigmatisés, comme les personnes consommatrices de drogues.

Les impacts disproportionnés commencent à être documentés par les chercheurs. Dans la ville de New York, les personnes consommatrices de drogues injectables ont signalé « des niveaux plus élevés de problèmes de santé mentale, de réutilisation de seringues et de consommation d'alcool, ainsi qu'une réduction plus importante des programmes de services de seringues et de l'utilisation de la buprénorphine » qu'avant la pandémie (Aponte-Melendez et al., 2021). En Écosse, le nombre de tests de dépistage du VIH et de l'hépatite C (VHC) disponibles dans les services de lutte contre la dépendance aux drogues et les milieux fermés, ainsi que le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées « ont diminué respectivement de 94 %, 95 % et 18 %, immédiatement après le confinement » (Trayner et al., 2022).

Les mesures de santé publique destinées à empêcher la propagation de la COVID-19 ont eu des impacts et des effets néfastes sur les personnes consommatrices de drogues. Les mesures de confinement ont eu un impact négatif sur leur santé mentale et leur capacité à gagner leur vie (Kesten et al., 2021). Les directives de distanciation sociale ont forcé les personnes consommatrices de drogues à « choisir entre éviter la COVID-19 et l'intimité de la consommation de drogues qui contribue à leur survie » (Schlosser et Harris, 2020). La pandémie a affecté cette communauté en même temps que de nombreuses autres pandémies — notamment le VIH, l'hépatite C et la tuberculose — mais du fait de la perturbation des services de santé, beaucoup n'ont pas pu accéder aux traitements nécessaires.

Le moment présent exige que l'on prenne en compte ces impacts et ces préjudices, et d'autres encore, ainsi que la proposition de mettre en place un nouveau droit international contraignant en vue de remédier aux nombreux dysfonctionnements de la santé mondiale. C'est aussi l'occasion d'agir, en veillant à ce que les dommages ne se répètent pas dans les futures urgences de santé publique.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) soutient un processus dirigé par les pays pour mettre en place une convention, un accord ou un autre instrument international sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies (actuellement désigné par l'OMS sous le nom de « CA+ de l'OMS », mais appelé ici « Traité sur les pandémies »). Parallèlement, de nombreux pays procèdent également à des évaluations nationales de

la préparation et de la riposte en cas de pandémie afin d'éclairer la planification future et la définition des priorités. Ces processus ont été critiqués parce qu'ils reproduisent les inégalités existantes, d'où la nécessité d'une plus grande participation.

Pendant la pandémie de COVID-19, le Réseau international des personnes consommatrices de drogues (INPUD) a mené deux enquêtes indépendantes afin de mieux comprendre les expériences des personnes consommatrices de drogues pendant la pandémie de COVID-19. L'INPUD a conclu qu'en plus des nombreuses pertes en vies humaines, de nombreuses personnes consommatrices de drogues interrogées ont subi des répercussions sur leur santé du fait de la difficulté d'accès aux services de santé et de réduction des risques (y compris la thérapie par agonistes opioïdes (TAO), l'accès au traitement des surdoses, etc.) Nombre de ces personnes ont déclaré être particulièrement affectées par l'impact négatif continu de la criminalisation, de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que par la forte augmentation de la violence basée sur le genre (VBG) pendant les restrictions de déplacement et de circulation. Mais en même temps, elles ont fait état d'innovation et de mobilisation communautaire (INPUD, 2020a et b). Ces deux enquêtes de l'INPUD, menées en six langues, ont permis de recueillir des informations importantes.

L'INPUD a également une grande expérience de la participation aux mécanismes mondiaux de santé et de droits humains qui, associée à ces connaissances et à cette expertise, place le réseau en bonne position pour contribuer au processus de mise en place de nouvelles normes internationales. L'INPUD apporte également un engagement inébranlable à la réduction des risques, aux droits humains et à la participation significative de la communauté des personnes consommatrices de drogues dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques, des programmes, des services et des initiatives qui ont un impact sur la vie des personnes consommatrices de drogues. Le réseau est donc bien placé pour contribuer à redéfinir ce que signifient la préparation et la riposte aux pandémies pour les personnes consommatrices de drogues et la communauté mondiale.

Cette étude qualitative a été menée par l'INPUD, en collaboration avec des chercheurs en sciences sociales du Centre de santé globale de l'Institut de Hautes études de Genève, afin d'en savoir plus sur les impacts persistants de la COVID-19 sur la communauté et de développer des positions communes par rapport au traité sur les pandémies. L'approche utilisée est celle de l'engagement communautaire :

- Informer les membres de l'INPUD des développements et des processus actuels de la gouvernance mondiale de la santé en réponse à la COVID-19, y compris la sécurisation de la santé mondiale, le traité proposé sur les pandémies, et les débats connexes ;
- Poursuivre l'étude des expériences diverses des personnes consommatrices de drogues dans le cadre de la pandémie de COVID-19 en matière de politique de réduction des risques, de consommation et d'approvisionnement en drogues, de maintien de l'ordre, de détention et de droits humains ; et

- Élaborer une série de recommandations politiques fondées sur les preuves issues de la recherche, qui pourront être utilisées lors des futurs plaidoyers de l'INPUD.

Le rapport présente le contexte dans lequel le traité sur les pandémies a été élaboré, les méthodes et les conclusions de la recherche, ainsi que l'analyse et les recommandations politiques.

2. Contexte

En 2021, le rapport du Panel international pour la préparation et la réponse aux pandémies (IPPPR), [COVID-19: Make it the last pandemic](#), concluait que les pays avaient été lents à réagir à la COVID-19, et que le financement international avait été « trop faible, trop tardif ». Les systèmes de détection précoce des maladies ont été sous-utilisés ; certains gouvernements ont tenté de minimiser la gravité de l'incidence de la maladie ; d'autres pays étaient réticents à partager les informations et les prélèvements ; et il y avait des pénuries mondiales d'équipement de protection individuelle (EPI), ainsi que, bien sûr, de vaccins – à cause de ce que certains ont appelé le « nationalisme vaccinal » ou « l'apartheid vaccinal » (Kupferschmidt, 2020).

L'OMS et certains États membres ont reconnu ces faiblesses et la nécessité d'y remédier. Les partisans d'un traité sur les pandémies estiment qu'il contribuerait à améliorer les efforts de préparation et de réponse au niveau mondial. Ses détracteurs estiment qu'il s'agit d'une tentative de détourner l'attention de la nécessité d'apporter des changements plus profonds aux systèmes de gouvernance économique et sanitaire mondiaux qui renforcent les inégalités. Néanmoins, des progrès sont en cours concernant le traité sur les pandémies, ce qui pourrait conduire à une nouvelle loi internationale contraignante qui, pour la première fois, comprendrait des mécanismes de suivi et d'évaluation de la conformité des pays (Nikogosian et Kickbusch).

Afin d'encadrer l'étude et d'éclairer les actions de plaidoyer à venir, cette section de contexte donne un aperçu de la préparation et de la riposte mondiales à une pandémie, puis présente le Règlement sanitaire international (2005) (RSI) et ses outils d'évaluation, et résume les critiques actuelles du traité potentiel.

A. PRÉPARATION ET RIPOSTE AUX PANDÉMIES

Il peut être utile de commencer par définir la terminologie. La « préparation aux pandémies » fait généralement référence aux activités de renforcement des systèmes de santé et de renforcement des capacités pour s'assurer que les systèmes de santé peuvent résister au stress supplémentaire engendré par les pandémies. Les activités spécifiques de préparation aux pandémies comprennent, par exemple, la création de plans de préparation multipartites pour les catastrophes et les urgences, la garantie de l'accès aux contre-mesures (EPI, produits thérapeutiques, diagnostics et vaccins), le renforcement des achats, de la logistique et des chaînes d'approvisionnement, la formation et le renforcement du personnel de santé, le développement des systèmes d'information sur la gestion de la santé, etc. Le Fonds mondial rappelle également que le renforcement des systèmes communautaires fait partie intégrante de la préparation aux pandémies (Fonds mondial, 2022). La préparation aux pandémies vise à s'assurer que les pays disposent des ressources, des fonds et des capacités nécessaires pour répondre de manière adéquate au stress supplémentaire qu'engendrent les pandémies.

La « riposte aux pandémies » fait référence à la capacité d'un pays à réagir avec succès et en temps réel à l'assaut des défis générés par une pandémie. Elle comprend des activités comme l'élaboration de plans de communication efficaces, qui éduquent correctement le public et traitent de la désinformation et des fausses informations sur la maladie, l'utilisation de stratégies pour atteindre les populations clés et vulnérables qui se trouvent souvent au cœur de multiples pandémies, et le déploiement de fonds d'urgence pour les programmes et les populations qui ont besoin d'un soutien supplémentaire (Fonds mondial, 2022). En termes de surveillance des maladies, la riposte aux pandémies implique de plus en plus l'utilisation de systèmes de surveillance numérique pour suivre les épidémies. Les mesures de riposte aux pandémies sont essentielles non seulement pour freiner la propagation des maladies, mais aussi pour atténuer les difficultés qu'elles engendrent. .

B. RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL ET ÉVALUATIONS CONNEXES

Le Règlement sanitaire international (2005) (RSI) est un instrument contraignant du droit international de la santé, ratifié par 196 pays. Toutefois, la pandémie de COVID-19 a mis en évidence les faiblesses du RSI.

En ratifiant le RSI, les pays s'engagent à faire en sorte que leurs systèmes nationaux de surveillance et de santé aient la capacité de détecter les épidémies et d'y répondre, signalent rapidement toute épidémie à l'OMS, répondent aux demandes d'information de l'OMS et s'abstiennent d'imposer des restrictions inutiles à la circulation et au commerce internationaux. Toutefois, comme l'ont fait remarquer certains critiques, la plupart des pays n'ont pas respecté ces engagements lors de la pandémie de COVID-19. Sohn and colleagues (2021) signalent que :

Parmi les problèmes liés au RSI qui ont toujours été soulevés, la COVID-19 a mis en évidence : 1) la fourniture de notifications et d'informations basées sur l'évaluation des urgences de santé publique de portée internationale (PHEIC) potentielles, 2) le calendrier des décisions et de la déclaration des PHEIC de l'OMS, les procédures et les systèmes d'alerte, 3) les mesures de riposte aux maladies infectieuses sur la base du RSI, 4) le manque de fonds de l'OMS (Sohn et. al., 2021 : 1).

Si certains estiment que l'OMS a été lente à agir, les pays, quant à eux, ont été encore plus lents à réagir à la déclaration par l'OMS d'une « urgence de santé publique de portée internationale », la déclaration qui déclenche le RSI. Cela est dû en partie au fait que le RSI ne dispose d'aucun mécanisme indépendant de surveillance ou d'application. Au lieu de cela, les pays évaluent eux-mêmes leur conformité à l'aide de deux outils – l'*outil d'auto-évaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États parties (SPAR)* et l'*évaluation externe conjointe (EEC)*.

Ces outils ont largement échoué à prédire dans quelle mesure les pays étaient prêts (ou non) à affronter la pandémie de COVID-19. Le SPAR est un processus d'auto-évaluation annuel, multisectoriel et dirigé par le pays, dans le cadre duquel les pays qui ont ratifié le

RSI sont tenus de rendre compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre des capacités essentielles du RSI. Il s'agit d'évaluer 13 domaines distincts, répartis en un certain nombre d'indicateurs, et classés selon cinq niveaux de performance. L'EEC est une évaluation volontaire, externe et réalisée par des pairs qui complète le SPAR, et devrait avoir lieu tous les 4 à 5 ans à la demande de l'État membre (Razavi et al., 2021). En plus de ces outils, d'autres outils externes ont été élaborés pour évaluer la capacité des pays à faire face à une urgence de santé publique, comme l'Indice de sécurité sanitaire mondiale (SSM) [Global Health Security \(GHS\) Index](#).

Tous ces outils étaient largement utilisés avant la pandémie de COVID-19. Toutefois, dans son premier rapport d'évaluation de la riposte à la pandémie de COVID-19, l'IPPPR susmentionné a conclu que les outils n'avaient pas réussi à prédire de manière adéquate les taux de mortalité liés à la pandémie de COVID-19. Les outils n'ont pas non plus permis de déceler les faiblesses des systèmes de santé dans certains pays à revenu élevé, ni de prévoir le manque de volonté politique de répondre efficacement aux épidémies des dirigeants populistes aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Brésil, entre autres (Batreau et Townsend, 2022 ; COVID-19 National Preparedness Collaborators, 2022).

Certains experts ont conclu que les plus grands facteurs de réussite lors d'une pandémie sont la confiance du public dans les gouvernements et la confiance interpersonnelle, ce qui n'est peut-être pas surprenant pour de nombreux membres de la société civile et des communautés affectées. La confiance interpersonnelle est intrinsèque aux communautés, et elle est essentielle pour le travail effectué par les réseaux dirigés par les pairs pendant une crise, comme les réseaux de personnes consommatrices de drogues. Malheureusement, ce sont des caractéristiques que le SPAR, l'EEC et d'autres outils n'ont pas évaluées.

En résumé, les pays ont déclaré être très bien préparés à une urgence de santé publique de portée internationale, et il n'existait aucun mécanisme susceptible de remettre en cause cette auto-évaluation optimiste.

Si la société civile et les communautés avaient été incluses dans le processus d'évaluation, elles auraient pu prévenir que les gouvernements avaient créé des auto-évaluations trop optimistes. Mais elles n'étaient pas été incluses.

C. PROPOSITIONS POUR UN TRAITÉ SUR LES PANDÉMIES ET LE RÔLE (ABSENT) DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

La pandémie de COVID-19 ayant clairement montré que le RSI et ses outils d'évaluation connexes n'étaient pas adaptés à leur objectif, les pays ont lancé des actions par le biais des plateformes de l'OMS pour réviser le RSI, et certains ont appelé à un nouveau traité sur les pandémies qui pourrait combler les lacunes de la gouvernance mondiale de la santé, renforcer la coopération entre les pays et générer de nouvelles ressources financières pour la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies.

Ainsi, en novembre 2021, les États membres de l'Assemblée mondiale de la santé, l'un des organes directeurs de l'OMS, ont créé un organe intergouvernemental de négociation (INB) chargé de rédiger et de négocier un nouveau traité, et un groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires (WGPR) (OMS, non daté).

Le processus de l'INB est dirigé par les États membres et, encore une fois, il n'existe aucun mécanisme formel pour la participation de la société civile. Grâce à la pression exercée par la société civile, l'INB a organisé des audiences publiques en avril 2022, mais les interventions orales étaient limitées à des déclarations de deux minutes et les soumissions écrites à 250 mots (Hodgson et Davis, 2022). Les groupes de la société civile « en relation officielle » avec l'OMS peuvent assister aux réunions de l'INB en tant qu'observateurs et parfois faire des observations, mais ces possibilités sont limitées. L'Alliance de la société civile pour les droits de l'homme dans le traité sur les pandémies (CSA), dont l'INPUD est membre, plaide en faveur d'une participation plus significative de la société civile et des communautés au processus. Une proposition a été faite de créer une Conférence externe des parties (E-COP) pour la gouvernance du traité sur les pandémies, qui pourrait inclure la société civile ainsi que d'autres parties prenantes. Si certains groupes de la société civile ont approuvé cette idée, d'autres se sont inquiétés du fait que cela ouvrirait un espace d'influence pour les grandes entreprises et les fondations privées, telles que la Fondation Bill et Melinda Gates (KEI, 2022). Une discussion plus large peut encore être nécessaire pour déterminer quel rôle, le cas échéant, la société civile jouera dans la future E-COP.

En décembre, l'INB s'est réuni pour discuter d'un *Projet préliminaire conceptuel* du traité, qui a présenté les concepts proposés qui pourraient être inclus dans un futur projet préliminaire. Ces concepts comprennent l'équité, le transfert de technologie, la propriété intellectuelle, les réformes réglementaires, les propositions pour la recherche et le développement (R&D), le partage de l'information, l'approche « Une seule santé » (qui traite de la relation entre les humains, les animaux et l'environnement), le financement et la gouvernance. Le projet préliminaire conceptuel traite de l'équité entre les pays et appelle également à un engagement entre les États et « la société civile, les communautés et les acteurs non étatiques, y compris le secteur privé » (OMS 2022, p. 23). S'il souligne le besoin de financement, il n'aborde pas la nécessité de financer les réponses dirigées par les communautés. Certaines observations de la société civile sur le projet ont noté l'absence de référence claire aux obligations des gouvernements en vertu de la législation sur les droits humains (Privacy International, 2022, p. 23).

L'INPUD (2022b) a partagé une déclaration sur le *Projet préliminaire conceptuel* et l'a diffusée aux États membres participant au processus de l'INB, ainsi qu'à la cellule de gouvernance de l'OMS. Cette déclaration appelle à soutenir les réponses dirigées par la communauté et fondées sur les pairs, appelle à des innovations en matière de soins, notamment la flexibilité du TAO, à des ressources pour la prévention et la réponse à la violence basée sur le genre dont sont victimes les femmes consommatrices de drogues,

et à la participation significative des communautés à tous les aspects de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies (INPUD, 2022d).

Le projet préliminaire conceptuel va maintenant orienter un projet préliminaire du traité, qui sera partagé au début du mois de février 2023 pour être discuté par le Conseil exécutif de l'OMS. Les groupes de rédaction commenceront à négocier le langage. Une mise à jour du processus est prévue pour l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2023.

D. DROITS HUMAINS, ÉGALITÉ DE GENRE, ET DÉCOLONIALITÉ

Alors qu'un traité sur les pandémies pourrait apporter de nombreux avantages à la coordination mondiale de la santé, les critiques ont soulevé des inquiétudes concernant la nécessité de s'attaquer aux inégalités sous-jacentes plus importantes, notamment les inégalités de genre et les impacts durables du colonialisme, tout en renforçant les protections des droits humains. Avant de passer aux conclusions de la recherche de l'INPUD, il est important de présenter ces critiques.

La sécurité sanitaire mondiale est définie par l'OMS comme « les activités, tant proactives que réactives, requises pour atténuer le danger et l'impact des événements graves de santé publique qui mettent en danger la santé des populations à travers les régions géographiques et les frontières internationales » (OMS, n.d.). Dans la pratique, les discussions sur la sécurité sanitaire mondiale se sont largement concentrées sur la lutte contre les maladies infectieuses émergentes comme le VIH, le virus Zika, le SRAS et le virus Ebola dans le « Sud », qui pourraient se propager dans le « Nord », plutôt que sur les préoccupations sanitaires prioritaires des pays à revenus faible ou intermédiaire.

Pour certains, cela soulève la question suivante – à qui profite la sécurité en matière de santé mondiale ? Selon Hassan, « la sécurité sanitaire mondiale n'est pas mondiale par essence, et sert à protéger les intérêts et la sécurité de ceux qui sont en position de pouvoir » (Hassan, 2022). Un mouvement mondial de décolonisation de la santé mondiale a mis l'accent sur la nécessité de déplacer la prise de décision, le pouvoir et le financement des agendas des donateurs vers les pays à revenus faible et intermédiaire. Certains affirment que le processus du traité sur les pandémies détourne l'attention de la nécessité de s'attaquer aux dommages causés par le capitalisme et l'inégalité économique mondiale, et suggère que les futurs mécanismes multipartites de santé mondiale pourraient permettre la domination continue des grandes entreprises et d'autres intérêts privés, renforçant ces inégalités au lieu d'y remédier (Dentico et al., 2021). D'autres font valoir que mettre l'accent sur la sécurité sanitaire mondiale détourne l'attention de la nécessité de renforcer les systèmes de santé et d'agir sur les déterminants sous-jacents de la santé, comme le logement, l'eau et l'éducation. Les organisations de la société civile se sont inquiétées de la mise à l'écart des droits humains dans le processus du traité sur les pandémies (The Civil Society Alliance for Human Rights in the Pandemic Treaty, 2022 ; Davis et al., 2021).

Les universitaires féministes soutiennent également que « parce que la sécurité sanitaire mondiale ne fait pas l'objet d'un engagement féministe substantiel, les politiques créées

pour gérer une épidémie mettent l'accent sur la protection des économies et de la sécurité de l'État et négligent la protection des femmes de manière disproportionnée » (Wenham, 2021). Cette critique demande que l'on accorde plus d'attention à « la visibilité, la reproduction sociale et stratifiée, l'intersectionnalité et la violence structurelle » (ibid).

Toutes ces critiques contribuent à créer une discussion plus large dans laquelle l'INPUD a une contribution particulière à apporter, sur la base de son expertise et de son expérience. En mettant l'accent sur les besoins des personnes marginalisées, l'INPUD peut défendre un processus qui fonctionne pour tous. L'INPUD peut également contribuer à faire en sorte que les innovations positives qui ont vu le jour pendant la pandémie de COVID-19 pour les personnes consommatrices de drogues, comme l'accès accru aux traitements de substitution aux opioïdes (TSO) et à d'autres services de réduction des risques et mesures de flexibilité (Kesten et al., 2021 ; Aponte-Melendez et al., 2021), et la reconnaissance de l'importance de l'aide mutuelle au sein des communautés (Boucher et al., 2022), soient soutenues et appliquées dans le droit international. L'INPUD peut également promouvoir l'inclusion significative des personnes consommatrices de drogues dans la gouvernance mondiale de la santé, au-delà du secteur du VIH et la nécessité de financer des réponses dirigées par la communauté en tant qu'élément essentiel du renforcement des systèmes de santé pour la préparation et la riposte aux pandémies.

3. Méthodes de recherche

L'étude s'est appuyée sur les recherches antérieures de l'INPUD pendant la pandémie de COVID-19, et visait à approfondir le sujet afin de répondre aux questions de recherche suivantes :

1. Quelles sont les causes de certains des préjudices et des défis rencontrés par les personnes consommatrices de drogues pendant la pandémie de COVID-19, quelles sont les innovations positives (technologiques, politiques, communautaires et autres) qui ont amélioré l'impact de la COVID-19, et quels sont les impacts et les résultats encore présents de la pandémie et de la riposte à la pandémie sur cette communauté ?
2. Dans quelle mesure les gouvernements, les organisations internationales et la société civile (y compris les réseaux dirigés par des pairs) étaient-ils prêts à répondre aux besoins des populations criminalisées et marginalisées, y compris pour : a) les risques liés à l'élargissement de la surveillance et du maintien de l'ordre pendant la pandémie, et b) l'impact de multiples pandémies simultanées (COVID-19, VIH, VHC, tuberculose) ?
3. Que pouvons-nous apprendre de la pandémie de COVID-19 pour permettre une meilleure préparation et une meilleure riposte aux pandémies à l'avenir ?

Pour répondre à ces questions, l'étude a utilisé une approche de recherche-action participative, dans laquelle la population étudiée a participé à la conception, à la collecte des données et à l'analyse, et a réfléchi aux conclusions en vue d'une action. Pour ce faire, le personnel de l'INPUD a participé à l'étude en tant que co-chercheur principal et a établi un Conseil de recherche communautaire, qui a examiné tous les instruments de recherche, a participé à l'étude et a examiné les produits écrits finaux.¹

L'étude a utilisé une approche en trois volets pour la collecte des données :

1. **Analyse documentaire.** L'équipe de recherche a effectué une analyse documentaire de la littérature académique et des publications parallèles concernant le traité sur les pandémies et les impacts de la pandémie de COVID-19 sur les personnes consommatrices de drogues.
2. **Entretiens avec des informateurs clés.** L'équipe de recherche a mené des entretiens qualitatifs semi-structurés avec huit leaders de réseaux nationaux et/ou régionaux de personnes consommatrices de drogues, issus de sept des huit régions géographiques de l'INPUD. Les entretiens ont été réalisés entre le 3 octobre et le 28 octobre 2022. Chaque entretien a duré de 30 minutes à une heure et a été réalisé sur Zoom. Les entretiens visaient à recueillir les expériences vécues par la communauté représentée pendant la pandémie de COVID-19, les impacts durables et les recommandations politiques.

1. Membres du Conseil de recherche communautaire : Anton Basenko, Ernesto Cortes, Yatie Jonet, Angela McBride, Danielle Russell.

3. **Webinaires et groupes de discussion (FGD).** L'équipe de recherche a organisé trois webinaires d'une heure pour impliquer les membres de l'INPUD en tant que co-apprenants dans le processus d'étude, suivis dans chaque cas par un groupe de discussion (FGD) en ligne d'une heure avec des participants s'identifiant comme des personnes consommatrices de drogues. Au total, 35 personnes ont participé aux webinaires et aux groupes de discussion, dont 18 participants au premier groupe de discussion, 10 participants au deuxième groupe de discussion, et 7 participants au troisième webinaire.
- a. Le premier webinaire et groupe de discussion du 19 septembre 2022 était intitulé *Préparation et riposte aux pandémies pour les personnes consommatrices de drogues*. Il comportait des présentations par un expert sur les évaluations nationales de la préparation et de la riposte aux pandémies (PPR) effectuées à l'aide de SPAR, et une présentation des résultats de l'enquête 2020 de l'INPUD, ainsi que des questions-réponses. Le groupe de discussion d'une heure a porté sur l'expérience des membres de l'INPUD pendant la pandémie de COVID-19.
 - b. Le deuxième webinaire et groupe de discussion du 5 octobre 2022 était intitulé *Avons-nous besoin d'un traité sur les pandémies ?* Il comportait des présentations par un membre de la CSA qui expliquait pourquoi la CSA considère qu'il est utile de s'engager dans le processus, une critique du processus partagée par un intervenant du Geneva Global Health Hub (G2H2), et des réflexions de l'INPUD. Le webinaire a été suivi par un groupe de discussion facilité d'une heure sur les questions et les préoccupations relatives au traité.
 - c. Le troisième et dernier webinaire et groupe de discussion s'est tenu le 5 décembre 2022. L'équipe de recherche a présenté les premières conclusions de la recherche et l'analyse collective. Pendant la seconde moitié du webinaire, les participants ont discuté des conclusions et de l'avant-projet de recommandations politiques. Comme le troisième webinaire portait sur la discussion des conclusions et des recommandations préliminaires et ne comportait pas d'entretiens, aucune donnée démographique n'a été recueillie pour ce webinaire.

Codage.

Tous les entretiens et groupes de discussion ont été transcrits, puis codés et analysés à l'aide de Dedoose, une plateforme d'analyse qualitative disponible sur le cloud. Trois co-enquêteurs principaux (EP) et chercheurs de l'INPUD et de l'Institut des Hautes études de Genève ont élaboré un livre de codes commun basé sur l'analyse documentaire et les études précédentes de l'INPUD, et ont analysé de manière déductive les thèmes et les modèles contenus dans les transcriptions, chaque transcription étant revue par un second codeur.

Éthique.

Les principaux risques encourus par les participants sont les suivants : a) le risque d'être identifié, en dehors du contexte des groupes de discussion ou des entretiens individuels, comme des personnes consommatrices de drogues et/ou des personnes vivant avec des maladies qui font l'objet de stigmatisation (comme le VIH, le VHC, la tuberculose) ; b) le risque de revivre un traumatisme en divulguant les préjudices subis pendant la pandémie

de COVID-19, éventuellement des expériences d'abus, de perte, de problèmes de santé ou d'autres expériences traumatisantes ; c) le risque qu'un participant dise quelque chose de négatif à propos d'un acteur puissant (un agent de l'État, un organisme des Nations Unies, un organisme donateur ou une organisation puissante de la société civile), qui soit diffusé en dehors du groupe de discussion ou de l'entretien individuel et entraîne des répercussions sur la personne ayant exprimé cette opinion.

Pour éviter ces risques, l'enregistrement a été effectué par le personnel de l'INPUD. Tous les participants ont donné leur consentement écrit éclairé pour le processus d'enregistrement. Les personnes interrogées ont été encouragées à utiliser des pseudonymes et à ne pas utiliser de caméras. Les chercheurs ont utilisé des codes pour désigner tous les participants aux groupes de discussion et les répondants aux entretiens individuels dans toutes les communications au sein de l'équipe.

De nombreux participants ont choisi d'utiliser leur vrai nom, du fait que les participants à l'étude ont l'expérience de la gestion de ces risques et d'autres risques connexes dans le cadre de leur travail de plaidoyer national et mondial. En tant que co-enquêteur principal, le personnel de l'INPUD a également joué un rôle central dans la prise en compte des risques potentiels et la manière de les atténuer dans le processus.

4. Conclusions

A. ÉCHANTILLON

Au total, 43 personnes ont participé à l'étude, dont huit à des entretiens d'informateurs clés (KPI) et 35 à des groupes de discussion (FGD).

Dans l'ensemble, les participants aux entretiens d'informateurs clés étaient principalement des hommes (45%, n=35), mais un nombre significatif des participants se sont identifiés comme étant des femmes (34%, n=35) et deux comme étant non-binaires ; cinq ont refusé de donner leur identité de genre. Trente-sept pour cent (37%) des participants aux entretiens d'informateurs clés avaient entre 36 et 45 ans, tandis que 31% avaient entre 26 et 35 ans. Les membres africains du réseau étaient bien représentés, tandis que les membres d'Amérique latine et des Caraïbes étaient les moins nombreux, peut-être en partie pour des problèmes de langue et de fuseau horaire. Cet équilibre était le même chez les informateurs clés interrogés (voir le tableau 1 et les figures 1, 2 et 3).

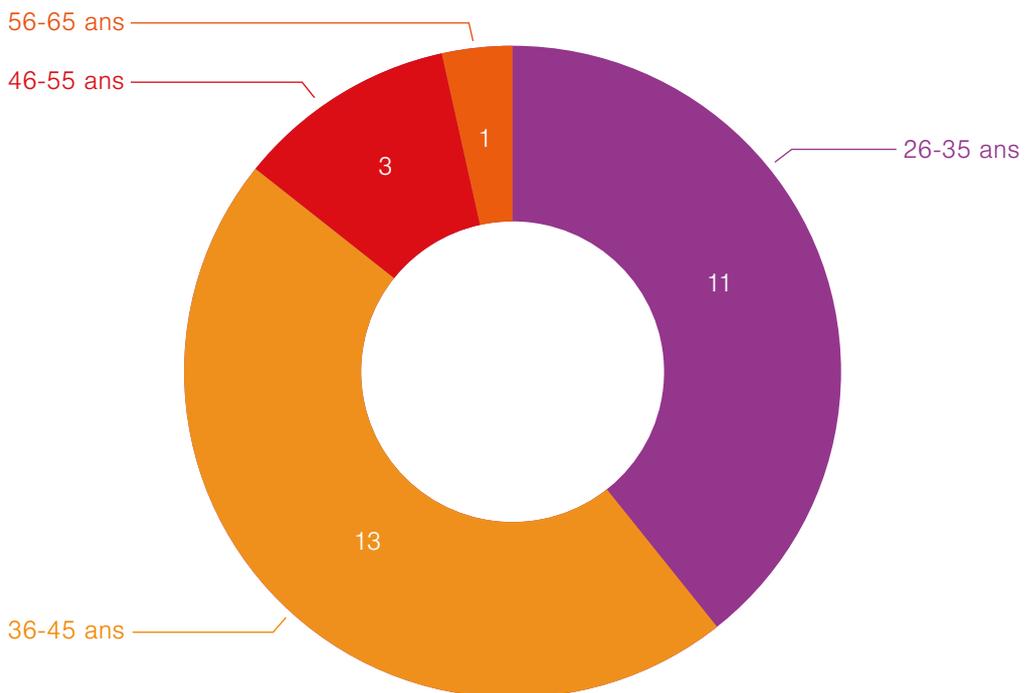


Figure 1. Tranche d'âge des participants aux groupes de discussion*

* Sept des 35 participants ont choisi de ne pas indiquer leur tranche d'âge.

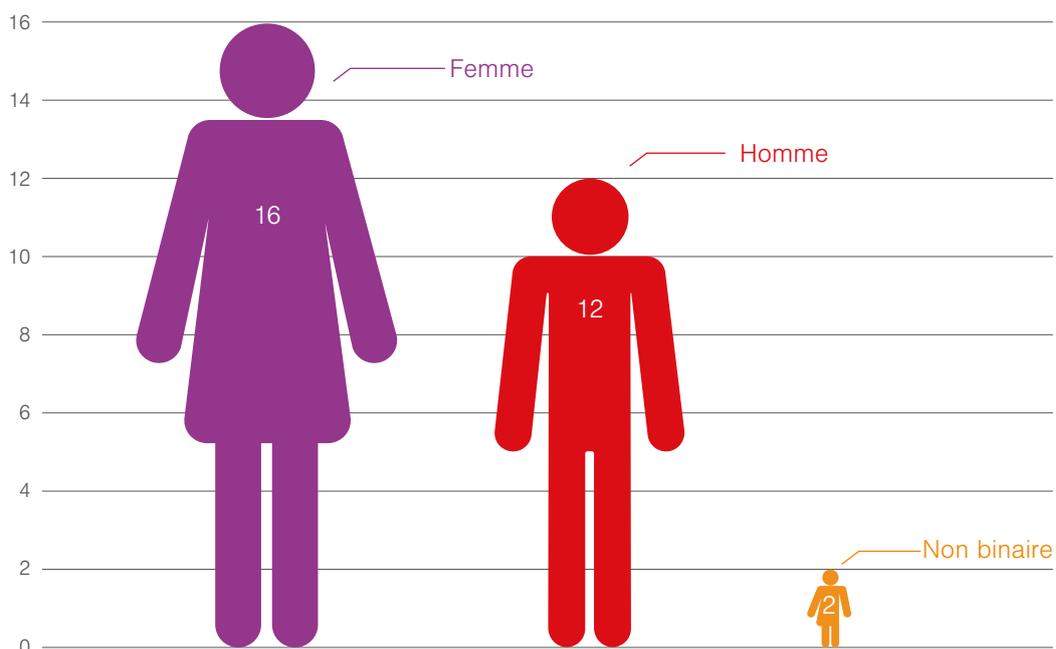


Figure 2. Identités de genre des participants aux FGD *

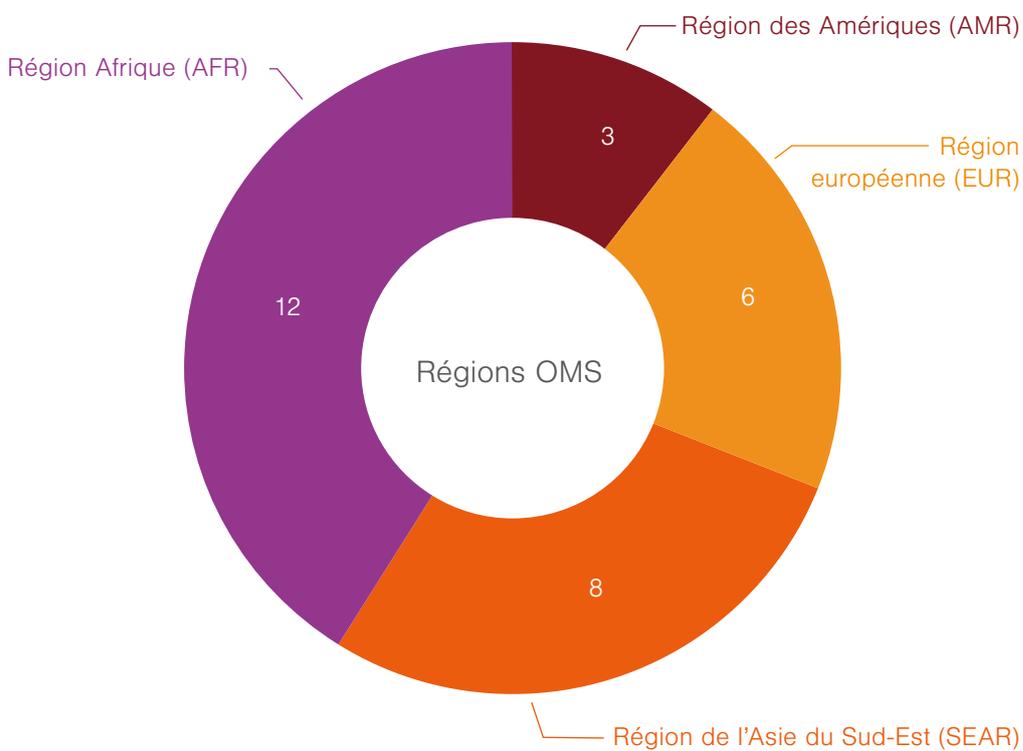


Figure 3. Régions géographiques des participants aux FGD **

* Cinq des 35 participants n'ont pas indiqué leur identité de genre.

** Six des 35 participants n'ont pas indiqué leur région géographique.

Numéro d'identification	Genre	Réseau	Région géographique de l'OMS
KII-1	Homme	Réseau africain des personnes consommatrices de drogues (AfricaNPUD)	Région Afrique (AFR)
KII-2	Femme	Réseau sud-africain des personnes consommatrices de drogues (SANPUD)	Région Afrique (AFR)
KII-3	Femme	Harm Reduction Victoria	Région du Pacifique occidental (WPR)
KII-4	Homme	Réseau d'Amérique latine des personnes consommatrices de drogues (LANPUD)	Region of the Americas (AMR)
KII-5	Homme	Réseau européen des personnes consommatrices de drogues (EuroNPUD)	Région européenne (EUR)
KII-6	Femme	Réseau eurasiatique des personnes consommatrices de drogues (ENPUD)	Région européenne (EUR)
KII-7	Homme	Indian Drug Users Forum	Région de l'Asie du Sud-Est (SEAR)
KII-8	Homme	Association canadienne des personnes consommatrices de drogues (CAPUD)	Région des Amériques (AMR)

Table 1. Liste des entretiens avec les informateurs clés

B. THÈMES

Les personnes interrogées ont partagé de nombreuses préoccupations similaires. Il s'agit notamment :

- de l'impact économique des restrictions liées à la pandémie sur une communauté déjà précaire ;
- de l'augmentation de la violence (y compris la violence basée sur le genre, et la violence exercée par la police) ; et
- des difficultés d'accès aux services de santé, notamment au traitement par agonistes opioïdes (TAO).

Parallèlement à cela, les participants ont décrit certaines innovations positives importantes qui devraient être poursuivies, notamment la flexibilité dans l'accès aux services de réduction des risques, et la mobilisation impressionnante des organisations et des réseaux dirigés par la communauté pour répondre aux besoins sans précédent.

Les participants ont également réfléchi aux difficultés d'accès au financement pour les organisations dirigées par la communauté, avec un retour d'information pour les principaux donateurs.

Ces thèmes sont abordés plus en détail ci-dessous avant de passer à l'analyse.

1. L'impact économique de la COVID-19

« Les gens ont perdu leur emploi ; les gens ont perdu leur famille ; les gens ont remis à plus tard leurs [besoins de] santé. » (KII-6)

Si la pandémie de COVID-19 a eu de graves répercussions économiques sur l'ensemble de la population, ces répercussions ont été particulièrement ressenties par les personnes consommatrices de drogues, du fait de la précarité économique de nombreux membres de la communauté. Plus d'un quart des participants à l'étude ont décrit les impacts économiques de la pandémie de COVID-19.

Les restrictions liées à la COVID-19 imposées par le gouvernement, y compris les injonctions de rester à la maison et les restrictions sur les voyages et les déplacements, ont privé de nombreuses personnes de leurs moyens de subsistance et de leur sécurité économique. Selon les participants d'Afrique, d'Asie du Sud-Est et d'Europe (KII-1, KII-5, FGD1-N1), cela était particulièrement vrai pour les personnes travaillant dans l'industrie du tourisme et le secteur informel, y compris les professionnel(le)s du sexe et d'autres personnes dépendant d'un emploi quotidien pour satisfaire leurs besoins fondamentaux. Dans la région côtière du Kenya, FGD2-N3 a déclaré que les mesures de restriction de mouvement prises par le gouvernement ont eu un effet direct sur l'industrie du tourisme, dont dépendent les revenus de nombreuses personnes consommatrices de drogues. Au Royaume-Uni, la fermeture de l'industrie du tourisme a eu un impact sur les communautés de personnes consommatrices de drogues vivant dans la rue, qui dépendent de la mendicité ou du vol à l'étalage pour survivre (KII-5). Dans le réseau régional africain, KII-1 a déclaré :

« D'abord, nous étions considérés comme des consommateurs de drogues ; mais en plus, nous avons également violé le couvre-feu du confinement. Nous devons bouger pour aller chercher nos drogues, nous devons bouger pour chercher à manger, pour faire un petit boulot. » (KII-1)

Le fardeau était encore plus lourd pour les femmes consommatrices de drogues, selon plusieurs personnes interrogées (KII-1, KII-2, KII-4). Comme l'explique KII-1, de nombreuses femmes qui étaient celles qui s'occupaient principalement des enfants ou d'autres personnes à charge ne pouvaient pas subvenir à leurs besoins sans revenu. Quand les femmes consommatrices de drogues étaient incarcérées du fait du renforcement du maintien de l'ordre dans la rue, les enfants étaient parfois laissés seuls. Les femmes qui pratiquaient le commerce du sexe, en particulier celles qui travaillaient dans la rue, étaient des cibles plus visibles pour la police et avaient moins de choix en termes de clients, ce qui augmentait les risques d'exploitation et d'abus (KII-2, KII-4).

Les personnes interrogées ont décrit des problèmes importants en matière de durabilité de l'accès au logement. Au Royaume-Uni, KII-5 a signalé que le gouvernement avait réussi à mettre des logements à la disposition de nombreuses personnes consommatrices de drogues qui en avaient besoin. Au Canada et en Australie, les participants à l'étude ont dit que les gouvernements avaient au début hébergé des personnes pendant la pandémie de COVID-19. Malheureusement, une fois que les restrictions liées à la COVID-19 ont été levées et que les entreprises ont rouvert leurs portes, dans certains cas, les gens ont dû retourner dans la rue (KII-8, KII-3). Au Costa Rica, KII-4 a raconté que bien que des abris aient été mis à disposition, au fur et à mesure de la progression de la pandémie,

les autorités ont fermé les abris et forcé les gens à retourner vivre dans la rue ou dans d'autres conditions de logement précaires. En Afrique du Sud, KII-2 a également expliqué que des abris ont été mis à disposition au début, mais que le gouvernement ne semblait pas disposé à les maintenir à long terme.

Pour atténuer l'impact économique des restrictions, les gouvernements ont mis certaines prestations à la disposition des personnes sans emploi. Toutefois, les personnes interrogées ont décrit ces mesures comme étant insuffisantes et bien souvent non durables à long terme (KII-3, KII-2, KII-1). Par exemple, en Afrique du Sud, KII-2 a rapporté qu'il y avait eu une petite augmentation d'un fonds de chômage, mais pas assez pour permettre à une personne de survivre pendant un mois. L'absence de soutien suffisant et durable a empêché certaines personnes de payer les services essentiels, comme les tests de la COVID-19 qui, au Nigéria, coûtaient entre 50 et 100 dollars pour FGD2-N1.

La combinaison de la perte de revenus et de l'instabilité ou du surpeuplement des logements a laissé de nombreuses personnes consommatrices de drogues à la rue, exposées au renforcement du maintien de l'ordre et à un risque accru de violence.

2. Maintien de l'ordre, violence, et violence basée sur le genre

Les mesures de santé publique liées à la COVID-19 ont également eu un impact sur la sécurité physique : dans de nombreux pays, il y avait plus de policiers dans les rues pendant les restrictions de la COVID-19 qu'en temps normal. En conséquence, 29% des participants à l'étude ont décrit une augmentation des détentions, des arrestations et des violences policières. Une augmentation significative de la violence basée sur le genre (VBG) a été largement rapportée par les femmes consommatrices de drogues, qui n'avaient pas non plus accès à des services centrés sur les survivants.

Les confinements et les couvre-feux imposés par les gouvernements ont rendu les gens de la rue plus visibles et, par conséquent, ils ont subi plus de violences et de harcèlement de la police (KII-1, KII-3, KII-4, KII-5, FGD2-N2). Les participants ont également fait état d'une plus grande violence liée au désespoir économique que connaissaient de nombreuses personnes, y compris dans certains cas une augmentation des vols localisés parmi les personnes consommatrices de drogues (KII-5). Un participant du Kenya a également décrit une augmentation de l'« injustice collective » ou de la violence des groupes d'autodéfense à l'encontre des personnes consommatrices de drogues (FGD2-N3).

Il s'agit notamment d'une augmentation des violences policières dans le cadre de l'application des restrictions liées à la COVID-19, qui ont exposé de manière disproportionnée les personnes consommatrices de drogues vivant dans la rue. Les personnes interrogées ont déclaré que les autorités des régions d'Afrique et d'Asie du Sud-Est exigeaient que les gens aient des documents sur eux à tout moment, ce qui n'était pas le cas de certaines personnes vivant dans la rue (KII-1, FGD1-N1). En Afrique du Sud, KII-2 a décrit le harcèlement par la police sur le trajet des personnes vers les centres d'hébergement après avoir rencontré leurs vendeurs ou leurs dealers.

Au Royaume-Uni, KII-5 a rapporté que la police utilisait les règles et règlements liés à la COVID-19 comme excuse pour cibler et punir les personnes consommatrices de drogues. Il s'agissait notamment de « contrôles sociaux » inopinés dans des domiciles privés, assortis d'amendes pour les personnes qui se réunissaient pour consommer de la drogue en violation des restrictions liées à la COVID-19. En Australie, KII-3 a rappelé que le gouvernement avait confiné neuf tours de logements publics à Melbourne sans avertissement, et qu'un ami qui s'était rendu dans le complexe de logements pour acheter de la drogue s'était retrouvé piégé dans le bâtiment pendant toute la durée du confinement. Au Portugal, un participant à l'étude a rapporté une surveillance continue des femmes consommatrices de drogues par la police qui les a identifiées et qui continue à les surveiller (FGD1-N4).

La police était souvent la principale interface entre l'État et la communauté. KII-4 a exprimé sa frustration quant au fait que les gouvernements renforçaient le maintien de l'ordre au lieu de fournir l'aide urgente nécessaire :

« Les gouvernements ne vont pas partout. Les services de santé ne vont pas dans les fumeries de crack, vous savez, ou dans les zones de commerce du sexe. À la fin, c'est la police qui y va, et... leurs actions étaient plus punitives et pas... orientées santé. » (KII-4)

Les participants ont signalé que la violence policière a également augmenté (KII-1, KII-2, KII-3, KII-4, FGD1-N1). Au Royaume-Uni, KII-5 a rapporté que dans certains cas, la police ou les agents de sécurité qui évitaient de mettre des personnes en détention du fait des restrictions liées à la COVID-19 utilisaient plutôt la violence contre les personnes consommatrices de drogues comme punition extrajudiciaire pour un vol à l'étalage. En Équateur et au Mexique, KII-4 a rapporté avoir entendu dire que la police obligeait les personnes consommatrices de drogues à faire beaucoup de pompes ou d'autres exercices, et entendu aussi parler d'autres traitements abusifs et punitifs dans la rue.

Les femmes consommatrices de drogues ont signalé une forte augmentation de la violence basée sur le genre, que ce soit de la part de leurs partenaires, d'autres membres de la communauté ou des forces de l'ordre. Les confinements, les couvre-feux et les fermetures d'entreprises ont piégé les femmes dont les partenaires étaient violents dans leurs domiciles, sans possibilité de chercher de l'aide (KII-4, FGD2-N4).

Quatre personnes interrogées dans la région de l'Asie du Sud-Est, dans la région africaine et au Costa Rica ont déclaré avoir été témoins d'une augmentation importante de la violence basée sur le genre, de la violence entre partenaires intimes, et de la stigmatisation et de la discrimination (FGD1-N1, KII-4, FGD2-N1, FGD1-N2). Un rapport d'EuroNPUD à paraître sur la violence basée sur le genre pendant la pandémie décrit l'augmentation de la violence envers les femmes consommatrices de drogues de la part de leurs partenaires, de la police et d'autres personnes dans la rue.

Une approche de la VBG centrée sur les survivants cherche à les autonomiser en centrant leurs besoins et leurs préférences, et comprend l'accès aux soins de santé, aux soins de santé mentale et au soutien psychosocial, la protection ou la sécurité, et l'accès à la justice (FNUAP, 2012). Toutefois, les participants ont déclaré que l'augmentation de la VBG subie par les femmes consommatrices de drogues pendant la COVID-19 n'a pas fait l'objet d'un soutien médical ou psychosocial accru, et que les survivantes manquaient souvent de canaux pour signaler la violence.

KII-1 a expliqué que certains cas africains de VBG étaient documentés, mais que de nombreuses victimes gardaient le silence à cause des normes culturelles. Une autre participante à un groupe de discussion dans la région africaine a déclaré qu'« il y avait beaucoup de viols et de violences basées sur le genre qui touchaient les femmes consommatrices de drogues », mais que peu de femmes avaient accès aux établissements de santé sexuelle et reproductive, car ceux-ci avaient été réaffectés à la COVID-19 (FGD1-N7). Comme l'explique FGD2-N4 de la région de l'Asie du Sud-Est, lorsque les femmes consommatrices de drogues sont victimes d'abus, elles n'ont souvent aucun moyen de les dénoncer :

« Même la sensibilisation sur ce que vous pouvez faire, où vous pouvez aller quand ce genre de choses arrivent... et faire en sorte que ces services existent vraiment. C'est vraiment frustrant parce qu'il n'y a rien. Je veux dire, où aller ? A qui parler ? Vous allez voir les flics, et ils disent, « Oh, débrouillez-vous tout seul », et vous ne pouvez pas vraiment y aller à cause de la grande stigmatisation et discrimination... Vous êtes automatiquement étiqueté comme quelqu'un qui ne mérite pas d'aide, quelqu'un qui n'en vaut pas la peine. » (FGD2-N4)

En Afrique du Sud, KII-2 a déclaré que malgré l'existence de campagnes et de mouvements de longue date visant à mettre fin à la violence basée sur le genre, avec beaucoup de publicité et d'activisme, il n'y a toujours pas de véritables mesures.

3. Difficultés d'accès aux services de santé

Trente-huit pour cent (38%) des participants ont décrit les difficultés d'accès aux services de santé, révélant les multiples impacts du fait de vivre avec plusieurs pandémies à la fois (COVID-19, VIH, tuberculose et hépatite C). Certaines difficultés étaient dues à l'interruption généralisée des services pendant les restrictions liées à la COVID-19, et aux perturbations des chaînes d'approvisionnement qui en ont résulté. Toutefois, les services de réduction des risques ont parfois été considérés comme moins prioritaires ou fermés, ce qui a eu des effets désastreux pour les personnes qui en dépendaient. Les participants ont également décrit les effets persistants de la stigmatisation et de la discrimination du secteur de la santé à l'égard des personnes consommatrices de drogues.

Pour les personnes vivant avec le VIH, ou affectées par la tuberculose ou l'hépatite C, les perturbations des services de santé peuvent être désastreuses. Au Nigéria, en Inde et au Kenya, les participants ont décrit comment les restrictions de mouvement empêchaient les personnes vivant avec le VIH et affectées par la tuberculose d'accéder aux traitements

(FGD1-N1, FGD1-N7, FGD1-N8). Les chaînes d'approvisionnement mondiales étant perturbées, certains pays manquaient de médicaments essentiels ; d'autres thésaurisaient leurs stocks, provoquant des ruptures de stock. Par exemple, au Costa Rica, un participant a décrit un manque de traitement antirétroviral et a fait remarquer que le Ministre de la santé avait déclaré que tous les fonds disponibles avaient été consacrés à la riposte à la COVID-19 (KII-4). En Australie, KII-3 a raconté que de nombreux services sur lesquels comptait la communauté – comme les douches publiques, les repas, et d'autres besoins primaires – avaient été interrompus pendant la pandémie de COVID-19.

Dans de nombreux pays, le TAO et d'autres services de réduction des risques ont été suspendus pendant la période de la COVID-19, parce qu'ils n'étaient pas prioritaires. En Géorgie, le gouvernement a fermé un programme de TAO à emporter ; au Kazakhstan, l'accès à la méthadone a été interrompu pendant un mois (KII-6). Au Royaume-Uni, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues fournis par les pharmacies ont réduit leurs heures d'ouverture de cinq à deux après-midi par semaine ; pour faciliter la distanciation sociale, ils ont déplacé leurs services à l'extérieur, à la vue du public, ce qui a rendu l'utilisation des services plus difficile pour beaucoup (KII-5). Aux États-Unis, FGD1-N6 a indiqué que leur clinique de méthadone avait mis en œuvre des services de télésanté qui permettaient aux prestataires de soins de santé de travailler à distance, tout en exigeant des patients qu'ils se présentent à leurs rendez-vous en personne.

En Ukraine, selon KII-6, bien que les membres de la communauté aient essayé d'avertir les autorités du risque de rupture de stock, l'approvisionnement en TAO avant le conflit n'était pas une priorité. Une fois la guerre commencée, le gouvernement a manqué des fournitures nécessaires. Les gens ont réduit leurs doses pour que les stocks durent plus longtemps, mais lorsque les niveaux de stock sont revenus à la normale, les médecins ont refusé de recommencer à prescrire les doses initiales (KII-6).

En Afrique du Sud, une personne interrogée a fait état d'un approvisionnement insuffisant en produits de réduction des risques, notamment en aiguilles et seringues, et de l'inexistence de kits de consommation de stimulants sans risque (KII-2). En Inde, les stocks gouvernementaux de méthadone et de buprénorphine, qui étaient censés durer un an, n'ont même pas duré sept mois (FGD1-N9).

Le manque de fournitures suffisantes s'étendait aussi aux équipements de protection individuelle (EPI) nécessaires à la prévention de la COVID-19. KII-1 a expliqué que bien que les réseaux africains aient reçu des EPI de la part de Frontline AIDS, le financement n'a pas été renouvelé et les gens ont dû utiliser plusieurs fois des articles à usage unique.

Lorsque des services étaient disponibles, leur accès était entravé par la stigmatisation et la discrimination persistantes dont étaient victimes les personnes consommatrices de drogues. Les participants ont déclaré que ceux qui essayaient d'accéder aux services de santé mais qui n'avaient pas accès à une douche étaient stigmatisés (KII-2). Selon un participant, les personnes précédemment identifiées par le personnel de l'hôpital comme des consommateurs de drogues étaient soignées en dernier (FGD2-N1).

La crainte de la stigmatisation et de la discrimination a empêché de nombreuses personnes consommatrices de drogues de se faire vacciner et d'accéder à d'autres services de santé essentiels. En Ukraine, les personnes devaient fournir des informations personnelles, y compris des informations sur leur situation de santé, afin de s'inscrire pour recevoir le vaccin de la COVID-19 ; mais selon KII-6, de nombreux membres de la communauté avaient peur de partager ces informations. En Inde, FGD2-N4 a expliqué que de nombreux pairs ont évité de se faire vacciner jusqu'à présent, par peur que les prestataires de soins de santé exigent des documents qu'ils ne pouvaient pas fournir.

Comme l'a souligné FGD2-N1 :

« La criminalisation a déjà empêché beaucoup de personnes d'accéder aux services bien avant le début de la pandémie. » (FGD2-N1)



ÉTUDE DE CAS

Programme d'aiguilles et de seringues dirigé par des pairs

Lorsque le programme d'aiguilles et de seringues (PAS) d'une ville du Royaume-Uni a fortement restreint ses heures d'ouverture en raison des restrictions liées à la COVID-19 et a également commencé à fonctionner dans un espace public, un membre de l'INPUD a craint une épidémie majeure de VIH et est donc passé à l'action. En quelques semaines, des fournisseurs de drogues locaux et des personnes dont les maisons étaient utilisées pour la consommation de drogues ont été mobilisés, et ensemble ils ont commencé à distribuer environ 1 500 aiguilles et seringues par mois. Cette intervention menée par les pairs a rapidement représenté près de 60 % de toutes les aiguilles et seringues distribuées dans la région.

Malgré son succès, ce programme informel et spontané n'avait pas fait l'objet de négociations officielles avec les autorités. Deux ans plus tard, les partenaires locaux se réunissent pour négocier la manière dont ce programme fonctionnera à l'avenir. Les autorités britanniques demandent au réseau de leur apprendre comment assurer la durabilité de leurs services, et de nouveaux financements sont apparus. Une consultation récente entre le P2PNSP et le service local de lutte contre la dépendance aux drogues a transformé le programme en un partenariat durable, les pairs locaux se voyant offrir la possibilité de s'engager dans un programme formel et fortement encouragé de travail avec les pairs, afin de tirer parti de cette initiative spontanée.

4. Le rôle essentiel des services dirigés par les pairs

Alors que les gouvernements s'efforçaient de faire face à l'impact de la pandémie sur les moyens de subsistance, le logement, la sécurité et les services de santé, dans le cadre d'une mobilisation sans précédent et d'une ampleur historique, les organisations communautaires ont pris le relais.

Comme cela a été expliqué dans le cadre de FGD1-N5, les leçons tirées de l'épidémie de VIH et des efforts de riposte avaient préparé de nombreux groupes communautaires à l'expérience et aux connaissances nécessaires pour se mobiliser rapidement et fournir des services. Les organisations dirigées par la communauté ont lancé des services de réduction des risques dirigés par les pairs, en partageant des informations sur la santé, en fournissant un soutien psychosocial et de santé mentale, et en mettant les pairs en relation avec les services. Dans un certain nombre de pays, face aux ruptures de stock et aux fermetures de programmes de réduction des risques pendant la COVID-19, de nombreux participants ont déclaré que des groupes dirigés par des pairs avaient lancé de nouveaux programmes de réduction des risques (KII-5, FGD2-N2, KII-3, KII-2). Au Royaume-Uni, en Afrique du Sud et en Australie, les organisations communautaires ont rapporté avoir contourné les restrictions bureaucratiques pour le faire (KII-5, KII-2, KII-3).

En Inde, les réseaux communautaires ont coordonné les activités de proximité avec la naloxone et d'autres produits visant à prévenir les surdoses (KII-7). Des organisations canadiennes dirigées par des pairs ont créé des maisons de transition spéciales pour les femmes consommatrices de drogues qui pratiquent le commerce du sexe, avec du personnel de soutien sur place pour fournir de la naloxone, des produits de consommation sans risque et des produits pour des relations sexuelles sans risque (KII-8). En Afrique du Sud, un centre de réduction des risques mis en place pendant la pandémie de COVID-19 a mobilisé des pairs éducateurs pour effectuer des livraisons à domicile à bicyclette (KII-2). D'autres participants à l'étude ont également décrit la livraison de méthadone et de buprénorphine (FGD1-N9, KII-8, KII-5).

Les réseaux dirigés par des pairs ont fourni d'autres services de santé essentiels. En Inde, les réseaux dirigés par des pairs ont livré des médicaments antirétroviraux (ARV) au domicile des personnes soumises à des restrictions liées à la COVID-19 (FGD1-N5) ainsi que des équipements de protection individuelle (KII-4, FGD2-N2). Ils ont fourni des conseils en ligne sur la santé mentale (KII-4), et des services mobiles pour fournir des vaccins de COVID-19 aux personnes qui ne voulaient pas se rendre dans les centres de vaccination (KII-3). Les personnes interrogées ont parlé de la distribution de nourriture aux personnes dans le besoin (KII-5, KII-4, KII-2, KII-7, KII-8), de l'organisation d'un soutien financier (KII-7, KII-5) et de la mise en relation des personnes avec des services d'hébergement (KII-8).

Les réseaux dirigés par des pairs ont également partagé des informations sur la COVID-19 et les vaccins adaptées aux utilisateurs dans des dépliants d'une page en noir et blanc, qui pouvaient être copiés et distribués à peu de frais, pour combattre la désinformation grâce à des informations de santé précises.

En outre, les réseaux dirigés par les pairs ont poursuivi leur travail habituel d'éducation de leurs membres sur la politique en matière de drogues et sur leurs droits, en organisant des sessions de questions-réponses dans le cadre de webinaires sur la décriminalisation, en organisant des formations sur la littéracie et les droits en matière de TAO (KII-5), en documentant les obstacles et les difficultés rencontrés au niveau des services de santé et en transmettant ces informations aux responsables de la santé (FGD1-N3), et en faisant également du plaidoyer auprès des gouvernements, des organismes des Nations Unies et des organismes donateurs. Dans certains cas, ils ont formé de nouvelles alliances : KII-7 a noté qu'avant la pandémie, les populations clés en Inde ne disposaient pas d'une plateforme commune pour collaborer au niveau national, mais qu'une telle plateforme a été créée pendant la crise de la COVID-19.

Pour les communautés vivant dans les régions de l'Ukraine touchées par le conflit, ces vastes systèmes communautaires mis en place rapidement pendant la pandémie de COVID-19 aident maintenant la communauté à survivre à la guerre. Comme l'a observé Anton Basenko, membre du Conseil de recherche communautaire :

« Toutes les bonnes et mauvaises leçons tirées de l'adaptation des services et des traitements, [y compris] les réponses au VIH et de réduction des risques en période de COVID, ont par la suite certainement aidé l'Ukraine à être bien préparée à l'urgence causée par la guerre, et pourraient certainement servir à d'autres pays dans d'autres réponses d'urgence. »

Cette mobilisation a, à son tour, suscité des innovations révolutionnaires dans des systèmes de santé plus larges.

5. Flexibilités en matière de réduction des risques et autres innovations positives

« Je pense que les changements en matière de TAO sont potentiellement très importants. Je pense que, maintenant, les idées de choix, de doses à emporter à domicile et de compréhension de ce à quoi ressemblent des alliances thérapeutiques appropriées, je pense que ce sont des éléments de plaidoyer très fort que nous devons promouvoir davantage. » (FGD1-N3)

Si la pandémie de COVID-19 a engendré de nombreuses difficultés, des innovations positives ont également vu le jour avec le temps. Dans plusieurs pays, des flexibilités en matière de réduction des risques, dont les gouvernements avaient déclaré pendant de nombreuses années qu'elles seraient impraticables, voire impossibles, ont été expérimentées avec succès pendant la crise. De nouvelles collaborations entre les organisations dirigées par des pairs et les gouvernements ont vu le jour pour répondre à de nouveaux besoins, notamment un établissement pour la mise en quarantaine des personnes infectées par la COVID-19, géré en collaboration par les responsables de la santé et un réseau indien de personnes consommatrices de drogues.

Des participants au Kenya, en Inde, en Australie et au Royaume-Uni ont décrit des innovations en matière de flexibilité de la réduction des risques, notamment la mise en œuvre d'une plus grande flexibilité et l'augmentation des doses de TAO à emporter (FGD2-N2, FGD1-N5, KII-3, KII-5). En Inde, les gens étaient autorisés à emporter des doses de méthadone pour trois jours en moyenne ; dans deux ou trois États, les doses à emporter sont passées à 20-25 jours (à cause de la distance que les gens devaient parcourir pour récupérer leurs médicaments) (FGD1-N5). En Australie, les doses à emporter sont passées de 5 à 14 jours dans certains contextes (KII-3). Au Canada, KII-8 a décrit certaines innovations, notamment la prescription d'une fourniture sûre médicalisée, les pharmacies qui ont commencé à fournir des produits destinés à la réduction des risques et à une consommation sans risque, et la disponibilité de programmes de naloxone à emporter à domicile. Même si ces flexibilités auraient pu se produire à terme, KII-8 a expliqué que la pandémie a été le moteur de leur adoption.

KII-5 a fait état d'une étude qui a révélé que 70% des personnes consommatrices de drogues en Écosse ont réagi favorablement aux doses à emporter. KII-5 a fait valoir qu'en permettant à la majorité de la population d'utiliser un système de traitement plus souple, les prestataires de soins de santé disposent de plus de ressources pour répondre aux besoins du groupe plus restreint de personnes qui bénéficient de soins prodigués sur place.

Si, dans l'ensemble, certains participants ont constaté une reconnaissance croissante de ces changements positifs, en Australie et au Canada, deux participants ont déclaré que leurs gouvernements avaient réduit le nombre de doses à emporter autorisées (KII-3, KII-8).

Outre les doses à emporter, les personnes interrogées ont également décrit d'autres innovations positives des systèmes de santé pendant la pandémie. Deux participants au Canada et en Australie ont mentionné des médecins qui proposent des consultations en télésanté pour les personnes sous TAO, ce qui est une évolution particulièrement bénéfique pour les personnes vivant dans des régions plus éloignées (KII-8, KII-3). En Australie, les systèmes de santé ont également introduit des flexibilités telles que la « récupération par un tiers » du TAO pour les personnes atteintes de COVID-19 (KII-3) et des services de livraison mobile et à domicile pour les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques et/ou de mobilité.

En Inde, où les réseaux de pairs avaient du mal à fournir un traitement contre les surdoses à leurs pairs dans des centres de quarantaine et d'isolement parfois éloignés, une organisation communautaire a pu coordonner un espace de quarantaine et d'isolement spécifique à la COVID-19 pour les personnes consommatrices de drogues. Grâce à cet établissement central, les organisations communautaires ont pu fournir de la buprénorphine et des médicaments pour les surdoses aux personnes consommatrices de drogues, et répondre aux autres besoins liés au sevrage. Pour éviter toute stigmatisation supplémentaire, ces centres distincts étaient toujours étiquetés « centres d'isolement COVID-19 », mais il était entendu au sein de la communauté et du gouvernement qu'ils étaient réservés aux personnes consommatrices de drogues. Chaque fois que des personnes consommatrices de

drogues étaient trouvées dans les centres d'isolement généraux, il était entendu qu'elles devaient être transférées dans les centres soutenus par les pairs (KII-7).

Ces innovations, ainsi que d'autres, ont été en partie facilitées par l'innovation numérique, étant donné qu'une grande partie du monde était passée aux services en ligne pendant les restrictions liées à la COVID-19 ; même si la transformation numérique n'a pas profité à tous de la même manière.

6. Plaidoyer numérique et fractures numériques

La pandémie de COVID-19 a marqué une évolution sans précédent vers des plateformes de communication et de réunions en ligne, créant de nouvelles opportunités et de nouveaux défis pour les réseaux de personnes consommatrices de drogues.

Ce changement a été une aubaine pour certains aspects liés à la création de réseaux : comme l'a décrit KII-8, il est devenu plus facile que jamais de se connecter avec des pairs sur différents continents, d'échanger des expériences, d'appliquer des connaissances basées sur des faits probants et de créer des réseaux. L'organisation de KII-8 a réalisé que le passage au numérique offrait la possibilité d'atteindre les membres de la communauté par de nouveaux moyens, et a créé une vidéo expliquant comment « repérer virtuellement » quelqu'un en ligne, pour ne pas se retrouver seul à consommer. D'autres organisations ont élaboré de nouvelles approches pour travailler en ligne : face à un nouveau climat difficile pour le plaidoyer de la politique en matière de drogues après le transfert des réunions des Nations Unies en ligne, l'INPUD a développé de nouvelles ressources de formation, comme une fiche de conseils pour le plaidoyer de haut niveau en ligne (INPUD, 2022a).

Cependant, le passage au numérique a accentué la marginalisation de certaines personnes. Comme indiqué précédemment, une importante partie des personnes consommatrices de drogues vit dans la rue et ne dispose pas de téléphones portables ou de smartphones. Cette fracture numérique prive de nombreuses personnes de l'accès aux informations sur la santé ou de la possibilité de participer en ligne (KII-1, KII-2, FGD2-N2, KII-4). Elle peut également les isoler des réseaux. Comme le rappelle KII-4 :

« Je me souviens, dans un atelier que nous avons au début de la pandémie, d'un(e) professionnel(le) du sexe qui était là... avec ce téléphone Nokia. C'était un de ces très vieux téléphones sur lesquels on ne pouvait pas installer WhatsApp ou autre chose. Alors c'est sûr, c'est sûr, [l'accès] n'est pas le même. » (KII-4)

Afin d'atténuer la fracture numérique en Australie, une organisation communautaire a fourni gratuitement des cartes téléphoniques, des crédits d'appel et, dans certains cas, de véritables téléphones pour que les gens puissent en disposer et les utiliser. Cependant, comme l'a rapporté KII-3, les personnes vivant dans la rue peuvent perdre leur téléphone portable ou n'avoir aucun endroit où recharger les batteries ; donc « c'est bien de donner un téléphone aux gens, mais ça ne règle pas tout » (KII-3). En réponse à cela, certaines

organisations ont recommencé à utiliser des documents imprimés pour informer les gens des endroits où ils pouvaient se laver les mains, avoir accès à des équipements de protection individuelle et trouver des logements temporaires (KII-4).

La pandémie de COVID-19 a souligné la nécessité d'une approche plus intersectionnelle pour développer des services dirigés par les pairs. Par exemple, FGD1-N5 a rappelé que lorsque certains membres des communautés de personnes transgenres et d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) se sont présentés pour utiliser les programmes de leur organisation pendant la crise de la COVID-19, il est apparu qu'ils n'avaient pas essayé d'accéder à ces services auparavant par crainte de discrimination :

« Ces personnes consomment effectivement de la drogue, mais elles ne s'étaient jamais adressées à nos services parce qu'elles craignaient d'être victimes de discrimination.... Cela a ouvert les yeux à beaucoup d'entre nous, sur le fait que de nombreux autres membres de la communauté issus d'autres populations clés sont dépendants de la drogue et ont également besoin d'aide. C'est quelque chose que nous devrions apprendre de la pandémie : comment intégrer les services destinés aux personnes transgenres, aux HSH, et aussi augmenter le nombre de programmes pour les femmes qui pratiquent le commerce du sexe, et aussi pour les femmes qui font partie du système. » (FGD1-N5)

7. Financement des organisations dirigées par des pairs

« Il nous faut avoir de solides réseaux de personnes consommatrices de drogues, bien établis et présents, car nous intervenons quand il le faut. Nous avons la capacité et les connaissances nécessaires pour riposter, mais nous sommes très peu financés par rapport aux services professionnels de lutte contre la drogue. » (KII-5)

Alors que les organisations et les services dirigés par la communauté étaient la force vive des efforts de riposte à la pandémie pour la communauté des personnes consommatrices de drogues, ils étaient souvent peu financés. Dans la plupart des régions, les participants ont décrit le besoin crucial d'un financement durable pour veiller à ce que les organisations dirigées par des pairs aient la capacité de répondre à une urgence comme la pandémie de COVID-19 (KII-5, KII-2, KII-8, FGD1-N3).

Certains donateurs ont tenté de répondre à ce besoin urgent en octroyant des fonds d'urgence aux réseaux dirigés par des pairs. En Afrique du Sud, KII-2 a décrit l'accès à des fonds d'urgence pour répondre aux besoins de la communauté. Dans la région d'AfricaNPUD, KII-1 a décrit un fonds d'urgence COVID-19 de Frontline AIDS pour les pays qui a permis d'avoir accès aux EPI et d'autres aides.

Le Fonds Robert Carr pour les réseaux de la société civile (RCF) a lancé un cycle de financement d'opportunités exceptionnel, financé par le Plan d'urgence du Président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR), afin de financer des réseaux régionaux et mondiaux



ÉTUDE DE CAS

Le financement d'urgence du Fonds mondial ralenti par la bureaucratie.

Dans un pays où la prévalence du VIH est élevée, les communautés se sont réunies avec d'autres partenaires pour demander un financement d'urgence pour les personnes consommatrices de drogues afin de couvrir les coûts d'urgence - y compris le soutien aux moyens de subsistance - pendant les restrictions liées à la COVID-19. Après de longues négociations entre les partenaires et la prise en compte des préoccupations du gouvernement, le Fonds mondial a accordé une subvention de 10 millions de dollars au réseau national dirigé par des pairs.

Le réseau a réussi à négocier un élément clé de la subvention, à savoir le versement direct d'environ 20 dollars en espèces, ou d'un montant équivalent en rations alimentaires, aux personnes dans le besoin. Afin d'éviter les fraudes et les gaspillages, les principaux bénéficiaires devaient recueillir des informations sur chaque bénéficiaire, notamment les numéros de compte bancaire et les cartes d'identité délivrées par le gouvernement pour des dizaines de milliers de personnes.

Cependant, dans de nombreux États où le programme a été mis en œuvre, il n'existait pas de réseaux communautaires capables d'accéder aux personnes concernées. Par ailleurs, de nombreuses personnes consommatrices de drogues ne possèdent pas de comptes bancaires ou de documents d'identité. Ceux qui ont obtenu l'argent liquide n'ont parfois pas pu le dépenser en nourriture, car de nombreux magasins étaient fermés pendant les restrictions liées à la COVID-19.

Avec des ressources limitées, les principaux bénéficiaires, basés dans la capitale nationale, ont pu collecter des informations dans certains États, mais pas dans tous. Pour cette raison, entre autres, les deux bénéficiaires principaux n'ont pu dépenser qu'environ 25 à 30 % de la subvention. En outre, ils ont dû mettre en œuvre en un an seulement ce qui était supposé être une subvention de deux ans à l'origine. Ces défis ont créé de nombreuses tensions internes qui ont affaibli la riposte en temps de crise.

Afin d'éviter ce résultat négatif lors d'une future crise sanitaire, un participant à l'étude a suggéré que le Fonds mondial mette en place à l'avance des partenariats appropriés avec des réseaux dirigés par des pairs, en développant des systèmes de redevabilité et de compte rendu plus appropriés pour une relation continue entre un donateur et un bénéficiaire.

de populations mal desservies. Ce financement a permis à certains réseaux dirigés par des pairs de poursuivre leur travail (KII-6). Dans un autre cas, il a permis à des réseaux dirigés par des pairs de procéder à une évaluation de l'accès au TAO avant, pendant et après la pandémie de COVID-19 en Grèce, en Allemagne, en Angleterre et en Écosse, et de documenter certaines innovations révolutionnaires qui pourraient être poursuivies à plus long terme (ICI-5 ; Shevchenko, n.d.).

À plus grande échelle, le dispositif de riposte à la pandémie de la COVID-19 du Fonds mondial (C19RM) visait à atténuer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les ripostes au VIH et à la tuberculose, mais les participants à l'étude ont décrit des difficultés bureaucratiques pour l'accès à ce financement (voir *Etude de cas 2*). Selon KII-4, en Amérique latine, le financement du C19RM a dû passer par de nombreuses étapes de consultation et d'autres obstacles bureaucratiques qui ont ralenti le processus, conduisant à la réaffectation du financement pour répondre à d'autres besoins.

Au Kenya, DG2-N3 a également rencontré des difficultés bureaucratiques pour la distribution des ressources du C19RM aux organisations dirigées par des pairs. Au sein du réseau AfricaNPUD, KII-1 a signalé que sept réseaux financés par le Fonds mondial pour la prestation de services de réduction des risques n'ont pas pu mettre en œuvre leurs subventions du fait d'obstacles bureaucratiques. En Europe de l'Est et en Asie centrale, KII-G a déclaré avoir été victime de stigmatisation et d'un manque d'empathie au Secrétariat du Fonds mondial, et que certains membres du personnel donnaient l'impression d'être plus préoccupés par les rapports sur les indicateurs du VIH que par la satisfaction des besoins des communautés.

Les participants ont déclaré que dans de trop nombreux cas, les impératifs des donateurs étaient restrictifs et ne correspondaient pas aux besoins identifiés par les communautés en première ligne de l'urgence de santé publique (KII-6, KII-2, KII-4). Par exemple, au Costa Rica, les organisations dirigées par la communauté ont demandé des fonds pour fournir une assistance en matière de santé mentale aux membres de la communauté durement touchés par la crise de la COVID-19, mais les bailleurs de fonds ont limité le financement des abris (ICI-4). En revanche, en Ukraine, les organisations dirigées par la communauté ont demandé un financement pour fournir des abris permanents aux personnes consommatrices de drogues, mais ont signalé que le financement avait été utilisé pour une grande conférence organisée par le donateur (KII-6). Certains donateurs ont privilégié la croissance des réseaux et le renforcement des capacités, mais les communautés ne disposaient pas des infrastructures nécessaires pour se réunir : salles, ordinateurs, douches et toilettes (KII-2).

L'une des vives frustrations décrites par de nombreuses personnes interrogées, dans le contexte de la crise, a été le manque de reconnaissance de leur propre expertise en tant que vétérans représentant des réseaux communautaires qui savaient ce dont ils avaient besoin et ce qui fonctionnait. De nombreux participants ont constaté que les personnes consommatrices de drogues sont rarement rémunérées de manière équitable ou constante en reconnaissance de leur expertise. KII-5 a déclaré :

« Les gens aimeraient que nous mettions en place des réseaux un peu partout. Mais nous n'avons pas l'argent pour le faire. Donc, c'est cette impression qu'ils s'attendent toujours à ce que nous fassions le travail pour peu d'argent ou pas d'argent du tout, alors qu'ils s'attendent à être payés tout le temps. » (KII-5)

Pour promouvoir l'équité, les membres du conseil d'administration d'un réseau ont décidé que tous les postes seraient rémunérés selon un salaire standard. (KII-6).

Les personnes interrogées ont décrit toutes ces frustrations comme étant trop familières bien avant la pandémie. Cependant, dans le contexte d'une crise, ces problèmes de longue date ont ajouté des fardeaux inutiles qui ont entravé les réponses de la communauté.

8. Traité sur les pandémies - s'engager ou non ?

Malgré tous ces défis, les participants à l'étude ont, dans l'ensemble, exprimé leur volonté de s'engager dans le processus du traité sur les pandémies afin de continuer à faire pression pour un dialogue significatif sur les besoins des personnes consommatrices de drogues pendant les urgences de santé publique (FGD1-N1, FGD2-N1). Plusieurs ont exprimé leur intérêt à participer au processus et à en apprendre davantage sur celui-ci. FGD2-N5 a recommandé à l'INPUD de former et d'aider davantage de membres du réseau à s'engager auprès des parties prenantes de la gouvernance mondiale, et d'améliorer et diversifier la représentation des personnes consommatrices de drogues au sein de ces espaces.

Bien que la compréhension du processus d'élaboration du traité sur les pandémies puisse être longue et fastidieuse pour les représentants communautaires disposant d'une bande passante limitée, KII-5 a néanmoins souligné le fait que l'influence sur les stratégies mondiales pouvait créer de réelles opportunités :

« C'est sûr qu'il a fallu 10 ans pour obtenir les directives sur les stimulants... Mais maintenant, nous avons les directives. Maintenant, nous rédigeons les manuels de formation, nous formons des personnes dans le monde entier, et dans le prochain cycle du Fonds mondial, [le travail sur] les stimulants sera correctement financé. Donc, je veux dire, ces choses ont bel et bien lieu...

« L'ONU est un peu comme un pétrolier, qui ne se déplace pas très vite et ne tourne pas très vite. Mais une fois que l'élan a été pris dans une direction donnée, il est également assez difficile de l'arrêter. » (KII-5)

5. Discussion

Ces résultats montrent que la pandémie de COVID-19 a exacerbé davantage les préjudices existants auxquels sont confrontées les personnes consommatrices de drogues dans le monde et a généré de nouvelles formes de discrimination tout en accentuant les inégalités. Cependant, elle a également mis en évidence la résilience et la créativité des personnes consommatrices de drogues, les avantages tirés du travail acharné de nombreuses personnes pour bâtir et reconstruire des institutions et des réseaux au cours des dernières années, et a montré une fois de plus qu'une mobilisation et une innovation communautaires cohérentes peuvent sauver des vies et atténuer les dommages causés par la pandémie.

Nos constatations montrent qu'un grand nombre des préjudices et des défis auxquels les personnes consommatrices de drogues ont été confrontées pendant la pandémie de COVID-19 étaient avant tout le résultat d'une criminalisation, d'une stigmatisation et d'une discrimination constantes. Comme le soulignent Malinowska-Sempruch et Lohman (2022), « la communauté de la santé publique doit se mobiliser contre les tentatives de persister à avoir une approche fondamentalement viciée de la politique en matière de drogues ». La criminalisation a exposé les personnes consommatrices de drogues à certains des impacts économiques les plus graves de la pandémie, en particulier pour celles qui travaillent dans l'économie informelle et celles qui vivent dans la rue. L'extension des pouvoirs de la police a entraîné une hausse des préjudices, car la visibilité accrue suite aux fermetures et aux injonctions de rester à la maison a rendu la communauté vulnérable aux arrestations et aux abus. La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes consommatrices de drogues, conséquence de la criminalisation, ont créé une multitude de difficultés pour la communauté dans la tentative d'accéder aux services de santé. Pour de nombreuses personnes, soit les services essentiels étaient entièrement fermés, car ils n'étaient pas considérés comme une priorité, soit les individus eux-mêmes étaient négligés dans les salles d'attente et les centres de santé par des médecins qui connaissaient leur statut.

Nos constatations montrent également la charge disproportionnée qui pèse sur les femmes dans leur diversité, notamment en raison de l'augmentation de la violence basée sur le genre. Comme la consommation de drogues, la violence basée sur le genre est largement stigmatisée et tabou. Comme les services de réduction des risques, les services centrés sur les survivants destinés aux victimes et aux survivants de violences sont rarement considérés comme des services essentiels en cas de crise. L'inégalité en matière de genre qui existait déjà a été aggravée par la pandémie, et les États n'étaient manifestement pas préparés à répondre aux besoins des femmes consommatrices de drogues. Cette situation était conforme à une documentation plus large faisant état d'une augmentation de la violence basée sur le genre liée aux restrictions du maintien au foyer, les personnes exposées à la violence étant soumises à un contrôle et à des restrictions accrues de la part de leurs agresseurs et n'ayant que peu ou pas de recours pour demander de l'aide (BHCDH, 2020).

Dans le même temps, nous trouvons de réelles innovations et de nouveaux partenariats qui ont émergé pendant la crise au sein des communautés ainsi qu'entre les organisations dirigées par les communautés et les gouvernements ou les organisations internationales. Lorsque l'intervention des services gouvernementaux était insuffisante ou avait complètement disparu, les organisations communautaires ont comblé le vide en créant et en mettant en œuvre des services dirigés par des pairs, qui ont été absolument vitaux pour promouvoir la santé et le bien-être des personnes consommatrices de drogues. Les précédents efforts d'évaluation de la préparation et de la riposte face à la pandémie se sont heurtés à un manque d'évaluation de la confiance du public dans les institutions, y compris en ce qui concerne le secteur de la santé ; toutefois, les réponses communautaires peuvent remédier à ce déficit de confiance, établir des lignes de communication et atteindre les groupes marginalisés les plus exposés à une épidémie (Byanyima et al. 2022).

Ces résultats montrent également comment des approches novatrices en matière de services de réduction des risques, comme les doses de TAO à emporter, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les médicaments destinés au traitement des surdoses, ont pu créer de nouvelles voies vers des soins de santé plus souples et plus durables à l'avenir ; ce sont des acquis qui ne doivent pas être remis en cause. D'autres innovations positives ont vu le jour et doivent être pérennisées, qu'il s'agisse de l'augmentation du nombre de doses à emporter que de nombreux gouvernements ont autorisée ou de nouvelles approches comme le repérage virtuel pour prévenir les surdoses. Ces innovations positives, ainsi que d'autres changements, nécessiteront un plaidoyer continu, notamment le renforcement des mécanismes de financement qui permettront de les pérenniser.

Pour aller de l'avant, les actions tangibles spécifiques que l'INPUD peut prendre pour renforcer le plaidoyer et l'engagement sont, notamment : 1) publier des déclarations et des recommandations supplémentaires concernant le langage utilisé dans le traité ; 2) s'engager auprès des États membres, des agences des Nations Unies, de la société civile et des partenaires communautaires, tels que l'Alliance de la société civile pour les droits de l'homme dans le traité sur les pandémies (CSA) ; 3) exhorter l'ONUSIDA à soutenir une consultation significative des communautés ; 4) faire pression pour obtenir des sièges dans les mécanismes de surveillance du traité ; 5) élaborer des propositions pour des mécanismes de représentation significative ; 6) faire pression pour une consultation plus significative au niveau national ; et enfin, 7) rechercher des occasions de donner des conférences plénières ou d'accueillir des événements parallèles, par exemple lors de la prochaine Assemblée mondiale de la santé en mai 2023. Vous trouverez ci-après une série de recommandations proposées, sur la base des discussions avec les participants à l'étude.

6. Conclusions

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les inégalités et les défaillances politiques à l'échelle mondiale, les populations criminalisées étant les plus touchées. Non seulement la communauté des personnes consommatrices de drogues était plus vulnérable parce que de nombreux membres de la communauté ont des problèmes de santé sous-jacents, mais le statut même de la communauté en tant que population criminalisée, stigmatisée et marginalisée voulait dire que la communauté était exposée à certains des pires méfaits de la pandémie et de la riposte à la pandémie, y compris le préjudice à la survie économique et la perte de logement, l'exposition à la violence et l'application répressive des restrictions, la violence basée sur le genre et la perte de l'accès essentiel aux services de santé. Les personnes consommatrices de drogues ont dû faire face non pas à une seule pandémie, mais à plusieurs pandémies simultanées, alors que les services étaient souvent suspendus ou réduits.

La pandémie de COVID-19 a démontré qu'il est crucial d'investir dans le système de santé officiel, mais que cela ne suffit pas à garantir la santé. Dans les pays où les inégalités étaient importantes, la plupart des gens ont choisi de réaliser en priorité leurs droits fondamentaux à la nourriture, au revenu et à l'eau potable, même si cela les exposait au risque de transmission de la COVID-19, à des amendes, à des arrestations ou à des abus. Cela montre qu'il est nécessaire de considérer la santé dans le cadre plus large des droits, de l'égalité et de la dignité.

Parallèlement à cela, la communauté des personnes consommatrices de drogues a réagi par une mobilisation, une solidarité et une innovation sans précédent. Ainsi, des innovations politiques qui avaient été auparavant rejetées comme étant impossibles ont été soudainement mises en œuvre. Sauver des vies, y compris celles des personnes consommatrices de drogues, est soudainement devenu une priorité, et les défis politiques ont été contournés pour pouvoir répondre aux menaces urgentes. Les politiques et les règlements, comme les doses de TAO à emporter, ont été améliorées presque en temps réel. Certains pays ont déployé des efforts de non-incarcération, y compris pour les infractions liées à la drogue ; d'autres ont rapidement transformé des hôtels en refuges. Des expériences allant de la quarantaine soutenue par les pairs à la livraison à domicile de doses de TAO à vélo sont soudainement devenues réalité. Si la numérisation a eu pour effet d'isoler de nombreuses personnes à cause de la fracture numérique, cela a également permis de créer de nouvelles solidarités et de nouvelles alliances par-delà les frontières nationales.

Ces innovations et ces partenariats ont déjà permis au monde d'être mieux préparé à la prochaine crise. En Ukraine, les enseignements tirés de la lutte contre le VIH et la réduction des risques pendant la pandémie de COVID-19 ont permis de créer un système communautaire plus résilient et mieux à même de réagir à la guerre. Le système de santé traditionnel a démontré par lui-même son incapacité à répondre efficacement à une crise

en évolution constante. Il manque de flexibilité ; il ne peut pas s'adapter en temps réel. La réduction des risques et le mouvement des personnes consommatrices de drogues offrent aux systèmes de santé du monde entier l'occasion d'étendre leur portée et d'atteindre véritablement le dernier kilomètre. Investir dans la réduction des risques et dans le mouvement des personnes consommatrices de drogues, c'est investir non seulement dans une politique judicieuse en matière de drogues, mais aussi dans les droits humains, l'égalité de genre et le droit à la santé pour tous.

7. Recommandations en matière de politique

En s'appuyant sur les résultats du processus de recherche, les personnes interrogées dans le cadre des entretiens avec les informateurs clés et des groupes de discussion ont élaboré une série de recommandations visant à faire progresser l'INPUD dans les discussions concernant le traité sur les pandémies, notamment :

1. Demander à ce que le projet préliminaire du traité sur les pandémies fasse clairement référence à la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et aux principaux instruments internationaux relatifs aux droits humains, notamment :

- la non-discrimination, y compris sur la base d'un « autre statut », conformément à la formulation de l'article 2(1) du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* et de l'article 2 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* ;
- la référence au droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, y compris la non-discrimination, la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité, conformément, entre autres, à l'Observation générale 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels ;
- la référence au droit aux déterminants fondamentaux de la santé, y compris l'accès au logement et à l'eau potable ;
- la référence aux obligations des gouvernements de protéger contre les abus commis par des acteurs non étatiques, ainsi qu'à la responsabilité des entreprises de respecter les droits humains ;
- la référence aux obligations des États de garantir l'État de droit, en tant que principe de gouvernance et condition préalable à la protection effective des droits humains, y compris dans le contexte de la prévention, la préparation, la riposte et le rétablissement (PPRR) face à une urgence de santé publique ;
- la référence aux dispositions relatives aux droits humains applicables pendant les états d'urgence, telles que codifiées dans les Principes de Syracuse, y compris les principes de légalité, de nécessité et de proportionnalité. Le traité devrait protéger les individus de la menace de sanctions pénales liées à l'infection et réaffirmer des limites claires aux restrictions des droits en situation d'urgence ;
- le soutien du droit à la vie privée ; et
- la référence à la nécessité de s'engager à respecter les principes des droits humains en matière de transparence et de redevabilité à tous les niveaux, ainsi qu'à assurer un suivi communautaire pour garantir la redevabilité sociale.

2. Appeler à une participation significative des communautés aux négociations du traité sur les pandémies et à la surveillance future, notamment par le biais d'une représentation de la société civile au sein de l'E-COP, ainsi qu'à une implication significative dans les organes de coordination de la couverture santé universelle et de la PPRR.

- Bien que le processus de négociation soit dirigé par les États membres, compte tenu du contexte historique de criminalisation, de stigmatisation, de discrimination et de négligence généralisées, et de l'impact disproportionné de la pandémie de COVID-19 sur les personnes consommatrices de drogues, celles-ci doivent pouvoir se représenter de manière significative à tous les niveaux de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies.
- Affirmer que, de ce fait, la représentation communautaire comble un déficit démocratique dans la gouvernance mondiale de la santé et qu'elle est donc plus légitime que la promotion d'intérêts privés par le secteur privé et s'en distingue. Leur rôle ne doit pas être confondu avec celui des « acteurs non étatiques ».

3. Appeler à la dépénalisation totale des drogues

4. Demander à ce que le traité sur les pandémies reconnaisse le renforcement du système communautaire comme faisant partie intégrante de la préparation du système de santé.

- Élaborer et/ou renforcer les procédures opérationnelles standard (POS) qui définissent les rôles et les responsabilités, les points focaux et les canaux réguliers de communication et de redevabilité afin d'améliorer les relations de travail en cours et de résoudre les problèmes entre les organismes donateurs et les réseaux dirigés par des pairs aux niveaux mondial, régional et national.
- S'engager à mener des consultations stratégiques permanentes avec les réseaux de populations clés pour résoudre les principaux problèmes et soutenir un engagement significatif des réseaux dirigés par la communauté, y compris dans le cadre de contraintes politiques et de contextes criminalisés.

5. Demander à ce que les mécanismes de financement de la pandémie incluent un financement à long terme et durable pour les réseaux dirigés par les communautés, des mécanismes de transparence et de responsabilité solides, ainsi que des mécanismes indépendants de dénonciation.

- Garantir un financement durable pour les réseaux communautaires afin de se préparer aux urgences futures, en reconnaissant que les investissements précédents dans les infrastructures communautaires pour la réponse au VIH se sont avérés faire partie intégrante de la réponse à la COVID-19.
- Les mécanismes de financement de la lutte contre la pandémie doivent s'engager à respecter les droits humains dans le cadre de leur financement, ainsi qu'à respecter,

protéger et permettre l'accès à un recours en cas de violation des droits humains dans le cadre de la mise en œuvre du financement.

- Les financements verticaux dirigés par les donateurs entraînent une fragmentation et un manque d'appropriation par les pays. À ce titre, le financement doit être piloté et conçu en coopération avec les communautés dans les pays où le financement sera déployé.
- Prendre des mesures pour réduire les obstacles bureaucratiques au financement de crise pour les communautés.

6. Pour prévenir la violence basée sur le genre, s'y préparer et y répondre, il est nécessaire de développer la disponibilité de logements alternatifs pour permettre aux victimes et aux survivants d'éviter d'être enfermés avec leurs agresseurs, et de mettre en place des systèmes accessibles, diversifiés et proactifs pour permettre aux victimes et aux survivants d'accéder à des services d'intervention centrés sur les survivants.

- Ces services devraient inclure des soins médicaux, des soins de santé mentale et un soutien psychosocial, des services de protection et l'accès à la justice.

7. Respecter le droit à la santé des personnes consommatrices de drogues.

- Garantir l'accès à un approvisionnement sûr et réglementé en drogues et à un approvisionnement sans risque en matière de consommation.
- Fournir des sites de consommation sûrs et supervisés en cas d'urgence (y compris dans les logements ou abris d'urgence).
- S'attaquer à la fracture numérique : garantir l'accès aux informations sur la santé aux personnes qui n'ont pas de smartphone ou d'accès WiFi.
- Déclarer que les services de réduction des risques et les services liés à la violence basée sur le genre sont des activités essentielles, et qu'ils doivent rester disponibles pendant les périodes de confinement.
- Garantir un accès facile, abordable et acceptable aux services essentiels de réduction des risques, notamment en instaurant l'utilisation de doses à emporter pour le TAO et garantir l'accès aux traitements contre les surdoses.
- Préparer des stocks de médicaments (chaîne d'approvisionnement, transport et logistique) afin d'éviter toute rupture de stock.
- Former les prestataires de soins de santé et les amener à rendre des comptes sur le respect des normes éthiques et des droits, y compris la non-discrimination.

8. Recommandations à la société civile et aux réseaux communautaires :

- Plaider en faveur de la dépénalisation totale et du soutien aux politiques et programmes de réduction des risques ;
- Soutenir l'échange d'expériences entre les réseaux, les organisations dirigées par la communauté ;
- Soutenir le développement des capacités et des compétences pour la gestion des subventions et le leadership ;
- Etudier, documenter l'espace politique nécessaire pour que les besoins, les contributions et les perspectives de la communauté soient pris en compte dans les réponses nationales, régionales et mondiales, et plaider en faveur de cet espace ;
- Fournir des informations sur la réduction des risques spécifiques aux urgences sanitaires et aux épidémies, comme cela a été fait pendant la pandémie de COVID-19, ainsi que des informations sur la littéracie et les droits en matière de TAO pour les membres de la communauté, afin qu'ils puissent les utiliser dans le cadre de leurs activités de plaidoyer, dans une info santé adaptée à la rue ;
- Elaborer des informations sur la réduction des risques spécifiques à la pandémie à l'intention des personnes consommatrices de drogues ;
- Recueillir et partager les retours d'information de la communauté sur les services d'urgence ;
- Soutenir et former les réseaux des membres de l'INPUD pour qu'ils représentent la communauté dans divers espaces ; et
- Porter les conclusions de l'étude à l'attention de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) et des participants au Réseau international sur la santé et l'hépatite chez les personnes consommant des substances psychoactives (INHSU).

8. References

- Aponte-Melendez, Y., Mateu-Gelabert, P., Fong, C., et. al. (2021). The impact of COVID-19 on people who inject drugs in New York City: Increased risk and decreased access to services. (L'impact de la COVID-19 sur les personnes consommatrices de drogues injectables dans la ville de New York : augmentation des risques et diminution de l'accès aux services). *Harm Reduction Journal*, 18(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00568-3>
- Batréau, Q. and Townsend, D. (2022, December 7). *Time to accept that we do not know how to prepare for pandemics*. (Il est temps d'accepter que nous ne savons pas comment nous préparer aux pandémies). <https://aidspace.org/en/c/article/6187>
- Bollyky, T. J., Hulland, E. N., Barber, R. M., et. al. (2022). Pandemic preparedness and COVID-19: An exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. (Préparation aux pandémies et à la COVID-19 : une analyse exploratoire des taux d'infection et de mortalité, et des facteurs contextuels associés à la préparation dans 177 pays, du 1er janvier 2020 au 30 septembre 2021). *The Lancet*, 399(10334), 1489–1512. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00172-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00172-6)
- Boucher, L.M., Dodd, Z., Young, S., et al. (2022). "They have their security, we have our community": Mutual support among people experiencing homelessness in encampments in Toronto during the COVID-19 pandemic. (« Ils ont leur sécurité, nous avons notre communauté » : Le soutien mutuel entre les personnes sans abri dans les campements de Toronto pendant la pandémie de COVID-19). *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, 100163. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100163>
- Byanyima, W., Lauterbach, K., and Kavanagh, M.M. (2022). Community pandemic response: The importance of action led by communities and the public sector. (Riposte communautaire aux pandémies : l'importance d'une action menée par les communautés et le secteur public). *The Lancet* [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02575-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02575-2).
- L'Alliance de la société civile pour les droits de l'homme dans le traité sur les pandémies (CSA). (2022). *Why states must ensure full, meaningful and effective civil society participation in developing a Pandemic Treaty*. (Pourquoi les États doivent garantir une participation pleine, significative et efficace de la société civile à l'élaboration d'un traité sur les pandémies). <https://static1.squarespace.com/static/5a6e0958f6576ebde0e78c18/1/62557ab11dcdf7231b939fa1/1649769137328/%5B11+April+2022%5D+Final+Draft%2C+Brief+on+Participation.pdf>
- Davis, S.L.M., Alston, P., Amon, J.J., et. al. (2021). An international pandemic treaty should centre human rights. (Un traité international sur les pandémies devrait être centré sur les droits de l'homme). *BMJ*, May 21. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/05/10/an-international-pandemic-treaty-must-centre-on-human-rights/>.
- Dentico, N., Patnaik, P., and Van De Pas, R. (2021). The politics of a WHO Pandemic Treaty in a disenchanted world (La politique d'un traité OMS sur les pandémies dans un monde désenchanté). *G2H2 Report*, 58.
- GHS Index. (n.d.). *The 2021 Global Health Security Index* (L'indice de sécurité sanitaire mondiale 2021). GHS Index. <https://www.ghsindex.org/>
- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. (2022). *Pandemic preparedness and response* (Préparation et riposte face aux pandémies). https://www.theglobalfund.org/media/11986/thematic_pandemic-preparedness-response_report_en.pdf

Les voix des personnes consommatrices de drogues

Hassan, A. (2022). There is no global in global health security. (Il n'y a rien de mondial dans la sécurité sanitaire mondiale). *Speaking of Medicine and Health*. <https://speakingofmedicine.plos.org/2022/05/05/there-is-no-global-in-global-health-security/>

Hodgson, T.F., and Davis, S.L.M. (2022). A call for greater openness on the pandemic treaty. (Un appel à une plus grande ouverture sur le traité sur les pandémies). *SwissInfo*, May 26. <https://www.swissinfo.ch/eng/politics/a-call-for-greater-openness-on-the-pandemic-treaty/47620374>.

Le Panel indépendant sur la préparation et la réponse à la pandémie (2021). *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. (Que cette pandémie soit la dernière). https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/Covid-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf

Réseau international des personnes consommatrices de drogues (INPUD). (2022a). Digital high-level advocacy tip sheet (Fiche de conseils sur le plaidoyer numérique de haut niveau). <https://inpud.net/digital-advocacy-tip-sheets/>.

INPUD. (2022b). Negotiations on the Conceptual Zero Draft of an International Instrument on Pandemic Prevention, Preparedness and Response. (Négociations sur le projet préliminaire d'un instrument international sur la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies). <https://inpud.net/statements-responses-letters/>

INPUD. (2022c). Surviving and thriving: Lessons in successful advocacy from drug user-led networks. (Survivre et prospérer : leçons de plaidoyer réussi des réseaux dirigés par des personnes consommatrices de drogues). <https://inpud.net/surviving-and-thriving-lessons-in-successful-advocacy-from-drug-user-led-networks/>

INPUD. (2022d). INPUD statement on Conceptual Zero Draft of PPR instrument. (Déclaration de l'INPUD sur le projet préliminaire de l'instrument PPR). <https://inpud.net/inpud-statement-on-conceptual-zero-draft-of-ppr-instrument/>.

Kupferschmidt, K. (2020). 'Vaccine nationalism' threatens global plan to distribute COVID-19 shots fairly. (Le « nationalisme en matière de vaccins » menace le plan mondial de distribution équitable des vaccins de la COVID-19). <https://www.science.org/content/article/vaccine-nationalism-threatens-global-plan-distribute-covid-19-shots-fairly>

Kesten, J. M., Holland, A., Linton, M.-J., et. al. (2021). Living Under Coronavirus and Injecting Drugs in Bristol (LUCID-B): A qualitative study of experiences of COVID-19 among people who inject drugs. (Vivre avec le coronavirus et les drogues injectables à Bristol (LUCID-B) : une étude qualitative des expériences de COVID-19 parmi les personnes consommatrices de drogues injectables). *International Journal of Drug Policy*, 98, 103391. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103391>

Knowledge Ecology International (KEI). (2022). INB 3: KEI statement on the proposed Enlarged Conference of the Parties (E-COP). (Déclaration de KEI sur la proposition de l'E-COP). December 7, <https://www.keionline.org/38205>.

Malinowska-Sempruch, K., & Lohman, D. (2022). From drug prohibition to regulation: A public health imperative. (De la prohibition des drogues à la réglementation : un impératif de santé publique). *The Lancet*, 400(10353), 645–646. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01060-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01060-1)

Meyerson, B. E., Bentele, K. G., Russell, D. M., et. al. (2022). Nothing really changed: Arizona patient experience of methadone and buprenorphine access during Covid. (Rien n'a vraiment changé : l'expérience des patients de l'Arizona en matière d'accès à la méthadone et à la buprénorphine pendant la Covid). *PLOS ONE*, 17(10), e0274094. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274094>

Grant, C., Arustamyan, G., Castellanos, E., et. al. (2022). The successes and challenges of GF-C19RM in meeting the needs of key populations. (Les succès et les défis du GF-C19RM pour répondre aux besoins des populations clés). MPACT, NSWP, INPUD and GATE. <https://inpud.net/wp-content/uploads/2022/01/C19RM-successes-and-challenges-report-1-1.pdf>.

Nikogosian, H. and Kickbusch, I. (2021). The case for an international pandemic treaty. (Les arguments en faveur d'un traité international sur les pandémies). *BMJ*, 372(n527). <https://doi.org/10.1136/bmj.n527>.

Privacy International. (2022). Privacy International's comments on the conceptual zero draft of the WHO's Pandemic prevention, preparedness and response accord. (Observations de Privacy International sur le projet préliminaire de l'accord de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies). <https://privacyinternational.org/advocacy/4990/pis-analysis-conceptual-zero-draft-whos-pandemic-treaty>.

Razavi, A., Collins, S., Wilson, A., & Okereke, E. (2021). Evaluating implementation of International Health Regulations core capacities: Using the Electronic States Parties Self-Assessment Annual Reporting Tool (e-SPAR) to monitor progress with Joint External Evaluation indicators. (Évaluer la mise en œuvre des capacités essentielles du Règlement sanitaire international : utilisation de l'outil d'auto-évaluation électronique pour l'établissement des rapports annuels des États parties (e-SPAR) pour suivre les progrès des indicateurs de l'Évaluation externe conjointe). *Globalization and Health*, 17(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00720-5>

Save the Children. (2022). The pandemic fund: A blueprint for success. (Le fonds de lutte contre la pandémie : la clé du succès). <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/Pandemic-Fund-Paper-A-blueprint-for-success.pdf/>.

Schlosser, A., and Harris, S. (2020). Care during COVID-19: Drug use, harm reduction, and intimacy during a global pandemic. (Soins pendant la COVID-19 : consommation de drogues, réduction des risques et vie privée pendant une pandémie mondiale). *International Journal of Drug Policy*, 83, 102896. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102896>

Shevchenko, N. (n.d.). OAT situational assessment before, during and after COVID-19. Policy brief. (Évaluation de la situation du TAO avant, pendant et après la COVID-19. Déclaration de principe).

Sohn, M., Ro, D., Koh, D.H. et. al. (2021). The problems of International Health Regulations (IHR) in the process of responding to COVID-19 and improvement measures to improve its effectiveness. (Les problèmes du Règlement sanitaire international (RSI) dans le processus de riposte à la COVID-19 et les mesures d'amélioration pour en accroître l'efficacité). *J Glob Health Sci.*, 3(2), e18. <https://doi.org/10.35500/jghs.2021.3.e18>

Trayner, K. M. A., McAuley, A., Palmateer, N. E., et. al. (2022). Examining the impact of the first wave of COVID-19 and associated control measures on interventions to prevent blood-borne viruses among people who inject drugs in Scotland: An interrupted time series study. (Examen de l'impact de la première vague de COVID-19 et des mesures de contrôle associées sur les interventions visant à prévenir les virus transmis par le sang chez les personnes consommatrices de drogues injectables en Écosse : une étude de série chronologique interrompue). *Drug and Alcohol Dependence*, 232, 109263. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109263>

UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). 2020. COVID-19 and women's human rights: Guidance. (Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (BHCDH). 2020. COVID-19 et les droits humains des femmes : directives) https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/Covid-19_and_Womens_Human_Rights.pdf.

United Nations, Economic and Social Council. (1985). Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annex, (Nations Unies, Conseil économique et social. (1985). Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annexe). <http://hrli-brary.umn.edu/instreet/siracusaprinciples.html>.

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). (2012). Managing Gender-based Violence in Emergencies: E-learning Companion Guide, Annex 9 (Gestion de

la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence : guide d'accompagnement de l'apprentissage en ligne, Annexe 9). <https://www.unfpa.org/publications/managing-gender-based-violence-programmes-emergencies>.

Wenham, C. (2021). Introduction: Where are the women? (Introduction : Où sont les femmes ?) In C. Wenham (Ed.), *Feminist Global Health Security*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197556931.003.0001>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). World Health Organization (WHO). (2008). *International Health Regulations (2005)*. (Règlement sanitaire international) (2005.) <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241580410>

OMS. (2021). *Report of the Member States Working Group on Strengthening WHO Preparedness and Response to Health Emergencies to the special session of the World Health Assembly*. (Rapport du groupe de travail des États membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires à la session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la santé). 9.

OMS. (2022). *Conceptual Zero Draft for the consideration of the Intergovernmental Negotiating Body at its third meeting*. (Projet préliminaire conceptuel soumis à l'examen de l'organe intergouvernemental de négociation à sa troisième réunion). https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb3/A_INB3_3-en.pdf

WHO. (n.d.a). *Health security*. (Sécurité sanitaire). <https://www.who.int/health-topics/health-security>

WHO. (n.d.b). *Intergovernmental Negotiating Body (Organe intergouvernemental de négociation) (INB)*. <https://inb.who.int>

WHO. (n.d.c). *States Parties Self-Assessment Annual Reporting*. <https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework/states-parties-self-assessment-annual-reporting>

OMS. (n.d.d). *WHO, Intergovernmental Negotiating Body*. (OMS/Organe intergouvernemental de négociation). <https://apps.who.int/gb/inb/>

Le Réseau International des Consommateurs de Drogues (INPUD) est une organisation mondiale fondée sur les pairs qui vise à promouvoir la santé et à défendre les droits des personnes qui consomment des drogues. En tant qu'organisation, INPUD dénonce et combat la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation des personnes qui consomment des drogues et son impact sur la santé et les droits de la communauté des consommateurs de drogues. INPUD œuvre pour atteindre ces objectifs et ces buts clés par des processus développant la capacité d'agir, le plaidoyer aussi bien au niveau communautaire, que national ou d'une région du monde.



Cette publication est soutenue par le Mécanisme d'assistance technique de l'ONUSIDA.



INPUD est très reconnaissant pour le soutien financier du 'Robert Carr Fund' pour cette publication.

L'équipe remercie tous les participants à l'étude pour le temps qu'ils y ont consacré, le Conseil de recherche communautaire (Anton Basenko, Ernesto Cortes, Yatie Jonet, Angela McBride et Danielle Russell) pour ses conseils, et le personnel de l'INPUD pour son soutien ; sans eux, l'étude n'aurait pu avoir lieu.

Cette étude a été menée par : Sara L.M. Davis, Annie Madden et Kaitlin Large

Écrit par : Kaitlin Large et Sara L.M. Davis

Revu et édité par : Annie Madden and Judy Chang

Conçu par : Mike Stonelake

Mars 2023



Ce document est sous licence d'attribution non partagée-pas d'utilisation commerciale-pas de modification 3.0-licence non transposée.

Première publication en 2023 par

INPUD Secretariat

Unit 2C08, South Bank Technopark,

90 London Road, London SE1 6LN

www.inpud.net



International
Network of People
who Use Drugs