

RÉSUMÉ MONDIAL

TABLEAU 1 PAYS OU TERRITOIRES UTILISANT UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES RISQUES EN POLITIQUE OU PRATIQUE

Country/territory	Explicit supportive reference to harm reduction in national policy documents	At least one needle and syringe programme operational	At least one opioid agonist therapy programme operational	At least one drug consumption room operational	Take-home naloxone available	At least one naloxone peer distribution programme operational	At least one safer smoking kit distribution programme	Stimulant prescription available	NSP in at least one prison	TAO in at least one prison
ASIA										
Bangladesh	✓	✓	✓	nd	×	×	×	×	×	×
Bhutan	×	×	×	nd	×	×	×	×	×	×
Brunei Darussalam	×	×	×	nd	×	×	×	×	×	×
Cambodia	✓	✓	✓	nd	×	×	×	×	×	×
China	✓	✓	✓	nd	×	×	×	×	×	×
Hong Kong	×	×	✓	nd	×	×	×	×	×	×
India	✓	✓	✓	nd	nd	nd	×	×	×	✓
Indonesia	✓	✓	✓	nd	×	×	✓	×	×	✓
Japan	×	×	×	nd	×	×	×	×	×	×
Laos	×	×	×	nd	×	×	×	×	×	×
Macau	✓	✓	✓	nd	×	×	×	×	×	✓
Malaysia	✓	✓	✓	nd	×	×	×	×	×	✓
Maldives	✓	×	✓	nd	×	×	×	×	×	×
Mongolia	×	×	×	nd	×	×	×	×	×	×
Myanmar	✓	✓	✓	nd	✓	✓	×	×	×	×
Nepal	✓	✓	✓	nd	×	×	×	×	×	×
North Korea	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Philippines	×	×	×	nd	×	×	×	×	×	×
Singapore	×	×	×	nd	×	×	×	×	×	×
South Korea	×	×	×	nd	×	×	×	×	×	×
Sri Lanka	×	×	×	nd	×	×	×	×	×	×
Taiwan	✓	✓	✓	nd	×	×	×	×	×	×
Thailand	✓	✓	✓	nd	×	×	×	×	×	×
Vietnam	✓	✓	✓	nd	×	×	×	×	×	✓
EASTERN AND SOUTHERN AFRICA										
Angola	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Botswana	✓	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Comoros	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Eritrea	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Eswatini	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Ethiopia	✓	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Kenya	✓	✓	✓	×	✓	✓	×	×	×	✓
Lesotho	×	×	×	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Madagascar	×	×	×	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Malawi	✓	×	×	×	×	×	×	nd	×	×

Country/territory	Explicit supportive reference to harm reduction in national policy documents	At least one needle and syringe programme operational	At least one opioid agonist therapy programme operational	At least one drug consumption room operational	Take-home naloxone available	At least one naloxone peer distribution programme operational	At least one safer smoking kit distribution programme	Stimulant prescription available	NSP in at least one prison	TAO in at least one prison
Mauritius	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Mozambique	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Namibia	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Rwanda	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Seychelles	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
South Africa	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗
South Sudan	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Uganda	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
United Republic of Tanzania	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Zambia	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Zimbabwe	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
EURASIA										
Albania	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓
Armenia	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Azerbaijan	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Belarus	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Bosnia and Herzegovina	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Bulgaria	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗
CrTAOia	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Czechia	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✓
Estonia	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✓
Georgia	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗
Hungary	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Kazakhstan	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Kosovo	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Kyrgyzstan	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓
Latvia	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Lithuania	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓
Moldova	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✓
Montenegro	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
North Macedonia	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓
Poland	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Romania	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Russia	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Serbia	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Slovakia	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗

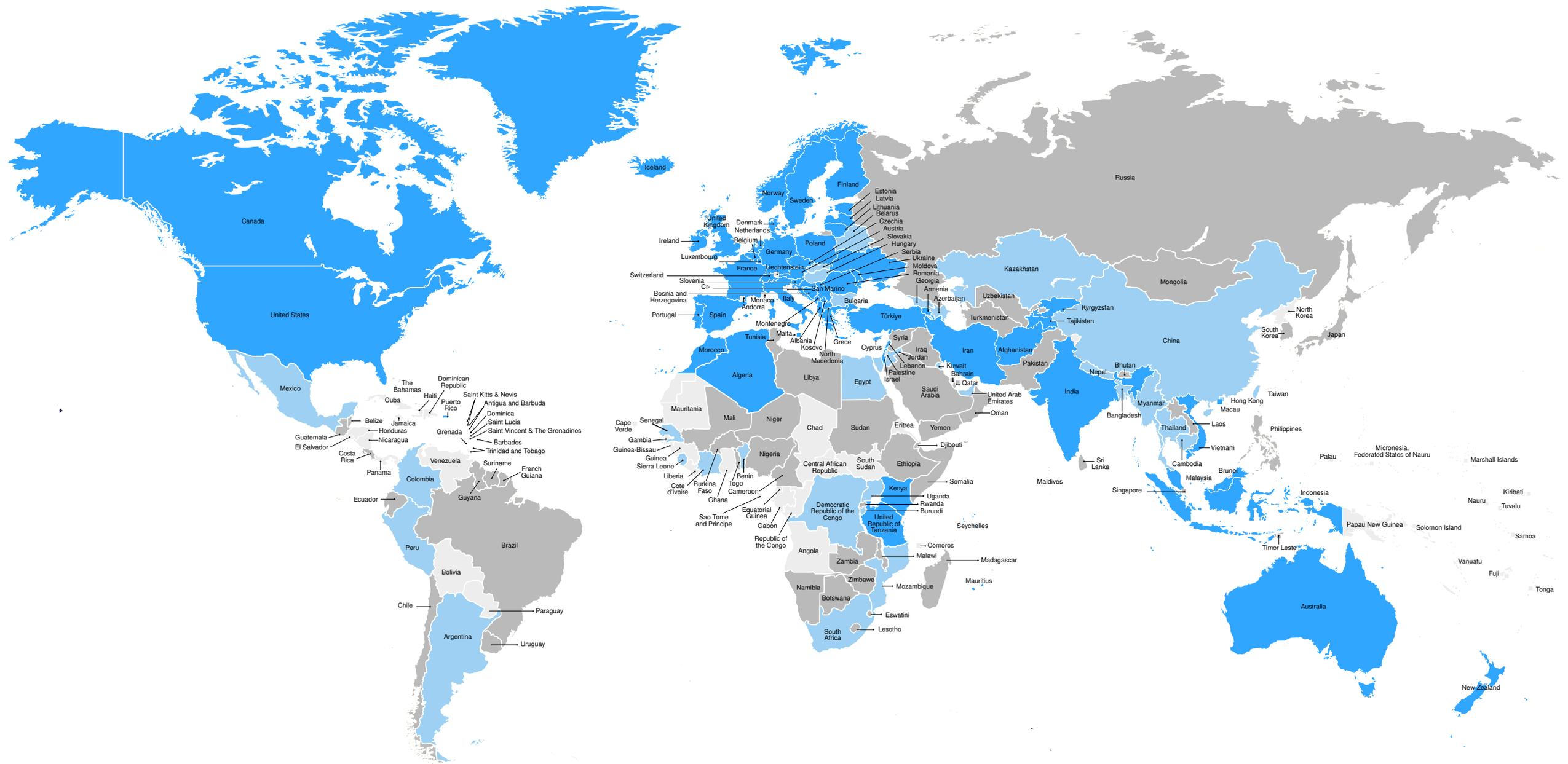
Country/territory	Explicit supportive reference to harm reduction in national policy documents	At least one needle and syringe programme operational	At least one opioid agonist therapy programme operational	At least one drug consumption room operational	Take-home naloxone available	At least one naloxone peer distribution programme operational	At least one safer smoking kit distribution programme	Stimulant prescription available	NSP in at least one prison	TAO in at least one prison
Slovenia	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓
Tajikistan	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓
Turkmenistan	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Ukraine	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✓
Uzbekistan	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN										
Antigua and Barbuda	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Argentina	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Bahamas	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Barbados	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Belize	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Bolivia	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Brazil	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗
Chile	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Colombia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗
Costa Rica	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Cuba	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Dominican Republic	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Dominica	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Ecuador	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	nd	✗	✗
El Salvador	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Grenada	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Guatemala	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Guyana	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Haiti	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Honduras	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Jamaica	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Mexico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗
Nicaragua	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Panama	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Paraguay	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Peru	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Puerto Rico	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓
Saint Kitts and Nevis	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Saint Lucia	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

Country/territory	Explicit supportive reference to harm reduction in national policy documents	At least one needle and syringe programme operational	At least one opioid agonist therapy programme operational	At least one drug consumption room operational	Take-home naloxone available	At least one naloxone peer distribution programme operational	At least one safer smoking kit distribution programme	Stimulant prescription available	NSP in at least one prison	TAO in at least one prison
Saint Vincent and the Grenadines	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Suriname	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Trinidad and Tobago	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Uruguay	✓	✗	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Venezuela	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA										
Afghanistan	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓
Algeria	✓	✓	✓	nd	✗	nd	✗	✗	✗	✓
Bahrain	nd	✗	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Djibouti	nd	✗	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Egypt	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Iran	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓
Iraq	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Israel	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Jordan	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Kuwait	nd	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Lebanon	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓
Libya	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Morocco	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
Oman	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Pakistan	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Palestine	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Qatar	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Saudi Arabia	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Somalia	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Sudan	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Syria	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Tunisia	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
United Arab Emirates	nd	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Yemen	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
NORTH AMERICA										
Canada	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
United States of America	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓

Country/territory	Explicit supportive reference to harm reduction in national policy documents	At least one needle and syringe programme operational	At least one opioid agonist therapy programme operational	At least one drug consumption room operational	Take-home naloxone available	At least one naloxone peer distribution programme operational	At least one safer smoking kit distribution programme	Stimulant prescription available	NSP in at least one prison	TAO in at least one prison
OCEANIA										
Aotearoa New Zealand	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓
Australia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓
Federated States of Micronesia	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Fiji	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Kiribati	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Marshall Islands	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Nauru	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Palau	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Papua New Guinea	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Samoa	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Solomon Islands	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Timor Leste	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Tonga	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Tuvalu	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Vanuatu	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
WEST AND CENTRAL AFRICA										
Benin	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Burkina Faso	nd	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Burundi	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Cameroon	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Cape Verde	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Central African Republic	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Chad	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Congo	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Côte d'Ivoire	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Democratic Republic of the Congo	✓	✓	✓	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Equatorial Guinea	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Gabon	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Gambia	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Ghana	nd	✓	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Guinea	✓	✓	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Guinea-Bissau	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Liberia	✓	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

Country/territory	Explicit supportive reference to harm reduction in national policy documents	At least one needle and syringe programme operational	At least one opioid agonist therapy programme operational	At least one drug consumption room operational	Take-home naloxone available	At least one naloxone peer distribution programme operational	At least one safer smoking kit distribution programme	Stimulant prescription available	NSP in at least one prison	TAO in at least one prison
Mali	✓	✓	✗	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Mauritania	✗	✗	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Niger	✗	✗	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Nigeria	✓	✓	✗	nd	✗	nd	nd	nd	nd	nd
Sao Tome and Principe	✓	✗	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Senegal	✓	✓	✓	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Sierra Leone	✓	✓	✓	✓	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Togo	✓	✗	✗	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
WESTERN EUROPE										
Andorra	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Austria	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓
Belgium	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✓
Cyprus	✓	✓	✓	✗	✓	✗	nd	✗	✗	✓
Denmark	✓	✓	✓	✓	✓	✗	nd	✗	✗	✓
Finland	✓	✓	✓	✗	✗	✗	nd	✗	✗	✓
France	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✓
Germany	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
Greece	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✓
Iceland	✓	✓	✓	✓	nd	nd	nd	✗	✗	✓
Ireland	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓
Italy	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓
Liechtenstein	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Luxembourg	✓	✓	✓	✓	✗	nd	nd	✗	✓	✓
Malta	✓	✓	✓	✗	✗	✗	nd	✗	✗	✓
Monaco	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Netherlands	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✓
Norway	✓	✓	✓	✓	✓	✗	nd	✗	✗	✓
Portugal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓
San Mari	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Spain	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
Sweden	✓	✓	✓	✗	✓	✗	nd	✗	✗	✓
Switzerland	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓
Türkiye	✗	✗	✓	✗	✗	✗	nd	✗	✗	✓
United Kingdom	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓
GLOBAL TOTAL	108	93	94	18	34	23	25	6	11	60

M1.2 DISPONIBILITÉ MONDIALE DE LA THÉRAPIE PAR AGONISTES OPIOÏDES (TAO) DANS LA COMMUNAUTÉ ET DANS LES PRISONS

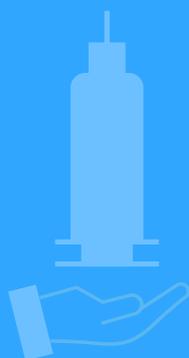


- TAO disponible dans la communauté
- TAO disponible dans la communauté et en prison
- TAO non disponible
- Aucune donnée

DISPONIBILITÉ MONDIALE DES SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES EN 2024

PROGRAMMES D'ÉCHANGES DE SERINGUES (NSP)

93 pays ont au moins un NSP en 2024



THÉRAPIE PAR AGONISTES OPIOÏDES (TAO)

94 pays ont au moins un programme TAO en 2024



DISPONIBILITÉ MONDIALE DES SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES EN 2024

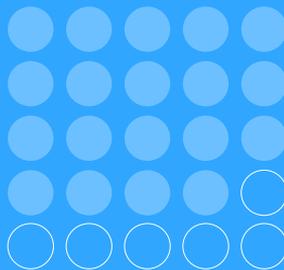
SALLES DE CONSOMMATION DE DROGUE (SCD)

18 pays disposent de DCR légaux et opérationnels en 2024

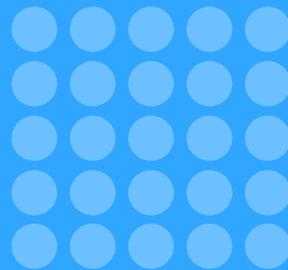


MATÉRIEL POUR INHALER EN TOUTE SÉCURITÉ

25 pays ont au moins un programme de distribution de kits pour Inhaler en toute sécurité en 2024



2022
Du matériel pour fumer d'une façon plus sûre est distribué dans au moins 19 pays



2024
Du matériel pour fumer d'une façon plus sûre est distribué dans au moins 25 pays

▲ +6
+ South Africa
Bulgaria
Mexico
Puerto Rico
Greece
Ireland

LES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES MANQUENT TOUJOURS DE SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES

Dans l'ensemble, on constate une légère augmentation de la disponibilité des services de réduction des risques depuis la publication du rapport sur l'état mondial de la réduction des risques en 2022. Toutefois, des différences régionales substantielles existent toujours. La stigmatisation et la criminalisation des personnes qui consomment de drogues reste un problème majeur. Elle entrave l'accès aux services de réduction des risques existants et sape le soutien politique et financier nécessaire à la mise en œuvre et à l'expansion de ces services.^{1,2,3}

Le nombre de pays disposant d'au moins un programme d'échanges de seringues (PES) a légèrement augmenté depuis 2022: 93 pays disposent désormais d'au moins un NSP, contre 92 en 2022.

Cependant, des changements ont eu lieu dans les pays où les NSP sont disponibles. Le Brésil a rejoint la liste après avoir introduit les NSP.^{4,5} Une évolution encourageante a eu lieu en Bulgarie, les NSP sont à nouveau disponibles dans deux villes (Sofia et Plovdiv) ; ils avaient précédemment fermé en 2020 en raison d'un manque de financement national.^{6,7} À Accra, au Ghana, un programme pilote de sécurité nationale est opérationnel depuis cette

année.⁸ Cependant, en République dominicaine et en Guinée, nous ne pouvons plus confirmer que des NSP sont disponibles. Le besoin en NSP dépasse encore largement la disponibilité de ces derniers, et la dernière étude révèle que l'injection de drogues a été documentée dans 190 pays ce qui signifie que les personnes qui s'injectent des drogues dans 97 pays n'ont pas accès à un NSP.^{9,10}

Disposer d'au moins un NSP est un objectif est un objectif minimal pour les pays, et ces services doivent être développés à l'échelle mondiale. Selon une étude systématique récente, seule l'Océanie bénéficie d'une couverture élevée de NSP,^a et cela ne concerne que deux pays de la région (Australie

a La couverture est définie comme le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues par an : une couverture faible correspond à moins de 100 aiguilles ; une couverture modérée correspond à 100 à 199 aiguilles ; une couverture élevée correspond à 200 aiguilles ou plus. La couverture recommandée par l'Organisation mondiale de la santé pour atteindre les objectifs d'élimination du VHC est de 200 aiguilles par personne et par an d'ici 2025 et de 300 d'ici 2030. (Source : 10)

et Aotearoa Nouvelle-Zélande). L'Asie centrale et l'Europe occidentale ont toutes deux une couverture modérée, mais la couverture des NSP est faible dans toutes les autres régions.¹¹ Les niveaux actuels de couverture ne sont pas suffisants pour prévenir efficacement la propagation du VIH ou du virus de l'hépatite C (VHC), car ils n'atteignent pas le niveau de couverture recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).^{12,13}

La qualité des services de réduction des risques disponibles est également importante. Ici, les détails comptent. Par exemple, il est prouvé que les seringues à espace mort réduit^b constituent un outil efficace pour réduire la prévalence du VIH et du VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues.^{14,15,16} Elles devraient être disponibles dans tous les NSP, mais ne sont pas fournies. Harm Reduction International (HRI) a réalisé une cartographie des types d'aiguilles et de seringues fournies dans les centres de santé de 26 pays à travers le monde. Elle a constaté que les pays à revenu faible et intermédiaire sont moins susceptibles de distribuer des seringues à espace mort réduit tandis que les pays à revenu élevé sont plus susceptibles de distribuer une gamme d'aiguilles et de seringues.^{c 17}

Les programmes de traitement par agonistes opioïdes (TAO) sont désormais présents dans 94 pays, contre 88 en 2022 – bien que la couverture reste variée et limitée.

Les nouveaux pays comprennent l'Égypte, le Koweït, Émirats Arabes Unis,^{18,19} Pérou, Bénin et Sierra Leone,²⁰ bien que l'accès reste limité. Au Bénin, un programme pilote TAO a débuté sur un site de la capitale Porto-Novo, en décembre 2023.^{21,22} En Sierra Leone, il existe un programme TAO à petite échelle dirigé par des pairs éducateurs et géré par un groupe communautaire.²³ Le Pérou a commencé

à développer l'offre de TAO, bien que l'accès soit à nouveau très limité et disponible uniquement dans des centres médicaux.²⁴ En Afrique de l'Ouest et centrale, le Nigéria a mis fin à son programme TAO.²⁵

Selon une étude systématique, l'Europe occidentale présente la couverture TAO la plus élevée, avec près de 70 clients sous TAO pour 100 personnes qui s'injectent des drogues,^d suivie de l'Océanie (données uniquement pour l'Australie et l'Aotearoa Nouvelle-Zélande) et de l'Asie du Sud.²⁶ La couverture est modérée en Amérique du Nord (où l'on estime que 21 % des personnes qui s'injectent des drogues reçoivent un traitement par inhalation). Elle est faible dans toutes les autres régions. La couverture est particulièrement faible en Asie centrale, en Europe de l'Est, en Afrique de l'Est et australe et en Afrique de l'Ouest et centrale. Dans ces régions, moins de 2 % des personnes qui s'injectent des drogues y ont accès.²⁷ L'TAO est interdit par la loi fédérale en Russie, même si environ 90 % des 1,3 million de personnes qui s'injectent des drogues utilisent des s opioïdes et ont besoin d'accéder à ce service.^{28,29}

Le nombre de pays dotés de salles de consommation de drogues (DCR) reste très faible, mais il est passé de 16 à 18 depuis 2022.

Les deux nouveaux pays sur cette liste sont la Colombie et la Sierra Leone. En Colombie, la première DCR a ouvert en 2023 à Bogotá.³⁰ Le dispositif est un centre communautaire destiné aux personnes qui s'injectent des drogues, avec des pairs impliqués dans le fonctionnement ainsi que dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de l'établissement.³¹ Une autre DCR devrait ouvrir dans le pays en 2024.³² En Sierra Leone, un centre d'accueil a ouvert une DCR informelle également gérée par des pairs.³³ Bien que la police locale et les donateurs qui soutiennent le centre d'accueil soient

b L'espace mort est la surface totale d'une seringue et de l'aiguille où le liquide peut rester lorsque le piston est complètement enfoncé. Lorsque les personnes qui s'injectent des drogues partagent des aiguilles et des seringues, le volume de l'espace mort détermine le volume de sang qui peut être transféré d'une personne à une autre. En général, parmi les seringues généralement disponibles dans un NSP, les seringues monobloc de type insuline de 1 ml avec des aiguilles fixes de calibre fin ont le plus petit espace mort, et les seringues en deux pièces de plus grand volume avec des aiguilles amovibles de grand diamètre ont le plus grand espace mort.

c Il y a plusieurs décennies, des données ont montré que l'utilisation de seringues à grand espace mort augmentait le risque de contracter le VIH et le VHC en raison du liquide résiduel qu'elles contiennent. Malgré cela, la collecte systématique de données nationales n'inclut généralement pas d'informations sur le type de seringues distribuées dans le cadre des programmes de réduction des risques. Il faudrait faire d'avantage pour surveiller ce phénomène. (Sources : 11-13)

d La couverture est définie comme le nombre de personnes ayant accès à l'TAO pour 100 personnes qui s'injectent des drogues : une faible couverture est définie comme étant inférieure à 20 personnes ; une couverture modérée est définie comme étant de 20 à 39 personnes ; une couverture élevée est définie comme étant de 40 personnes ou plus. (Source : 10)

au courant de son fonctionnement, celui-ci n'est pas officiellement approuvé ou financé.³⁴ La Slovénie est sur le point d'avoir des DCR officiellement approuvées dans le pays – le résultat durement gagné de plusieurs décennies de plaidoyer.^e En 2023, deux organisations de la société civile ont été autorisées par le ministère de la Santé slovène à ouvrir des DCR.³⁵ La première ouvrira à Nova Gorica, une ville de l'ouest de la Slovénie, et proposera des services liés à l'inhalation, au tabagisme et à l'injection. Une deuxième ouvrira dans la capitale Ljubljana, où il sera uniquement possible d'inhaler de la marijuana, en raison du manque d'infrastructures appropriées pour favoriser un tabagisme plus sûr.³⁶

La majorité des pays qui disposent actuellement de centres de réduction des risques se trouvent en Europe occidentale. Un rapport récent de Correlation – European Harm Reduction Network, qui a examiné 11 pays, a révélé que le soutien des gouvernements locaux et l'implication des pairs étaient essentiels à la réussite de la mise en place et du fonctionnement des centres de réduction des risques.³⁷ Il a noté que les DCR doivent s'adapter pour évoluer en fonction des profils et des besoins de leurs groupes cibles. Par exemple, l'étude a constaté un besoin croissant d'étendre les services de DCR aux personnes consommant de la méthamphétamine, du GHB et du crack, ainsi qu'aux personnes qui inhalent des opioïdes et du crack.³⁸ Une autre étude récente importante a révélé que les DCR peuvent fournir aux personnes qui consomment des drogues des espaces sûrs nécessaires pour consommer des drogues, qu'elles réduisent le risque de décès et d'infection et peuvent également renforcer les liens de confiance permettant d'orienter les personnes vers d'autres services.³⁹

La première DCR d'Amérique du Nord, Insite à Vancouver, au Canada, a fêté ses 20 ans en 2023. Avec 3 millions de visites en salle d'injection depuis son ouverture, aucun décès par surdose ou par drogue toxique n'a été enregistré dans ses locaux. Entre-temps, près de 12 000 cas de surdose ont été gérés dans l'établissement et plus de 71 000 patients ont été orientés vers d'autres services.

Ces données viennent s'ajouter aux décennies de preuves en faveur des DCR. Ces centres peuvent offrir une approche pragmatique face à un problème social et de santé publique complexe en sauvant des vies, directement et indirectement, et en mettant les gens en contact avec des services de santé et d'aide sociale.⁴⁰ Il est urgent d'accorder une plus grande attention aux DCR au niveau des Nations Unies.

Des programmes de distribution de naloxone à emporter sont désormais disponibles dans 34 pays, soit une légère baisse par rapport aux 35 pays de 2022.

La naloxone à emporter est désormais disponible dans deux nouveaux pays, la Colombie et le Liban.^{41,42} Cependant, sa disponibilité a changé en Inde, au Mozambique et en Afrique du Sud. Une étude récente sur les services de réduction des risques en Inde a conclu que les détails sur le service de naloxone à emporter sont largement indisponibles, comme la couverture du programme et le nombre de services.⁴³ En Afrique du Sud, il n'existe pas de programmes de distribution de naloxone au niveau communautaire. La Naloxone n'est donc disponible que dans les centres médicaux. Et ce, malgré le fait que la plupart des personnes qui s'injectent des drogues en Afrique du Sud consomment de l'héroïne et pourraient avoir besoin d'un accès à la naloxone. Il s'agit d'un obstacle courant auquel les personnes qui tentent d'accéder à la naloxone sont confrontées.^{44,45} En Colombie, parallèlement aux récents progrès réalisés en matière de disponibilité de la naloxone, la possibilité de distribuer cet antidote est désormais officiellement autorisée, après des années de distribution illégale par les pairs. Toutefois, des obstacles juridiques existent toujours, car les directives nationales exigent que l'administration de naloxone soit effectuée par du personnel médical qualifié.⁴⁶

^e Le premier centre pilote officiellement approuvé (financé par le ministère de la Santé) devait ouvrir en 2015. Cependant, après deux ans de réflexion du Comité national d'éthique médicale, il n'a pas été ouvert en raison d'un jugement selon lequel le personnel de la DCR « coopérerait indirectement » à des activités illégales. (Source : 35)

Programmes de naloxone disponibles



- ▼ -1 à partir de 2022
- + Colombie
- Liban
- Inde
- Mozambique
- Afrique du Sud



« 108 pays incluent la réduction des risques dans leurs politiques nationales. Cependant, la criminalisation et les réponses punitives aux drogues restent dominantes dans la plupart des pays. Ces approches entravent les efforts de réduction des risques, continuent d'alimenter la stigmatisation et la discrimination et dissuadent les personnes qui consomment des drogues de recourir aux services vitaux à des services vitaux. »

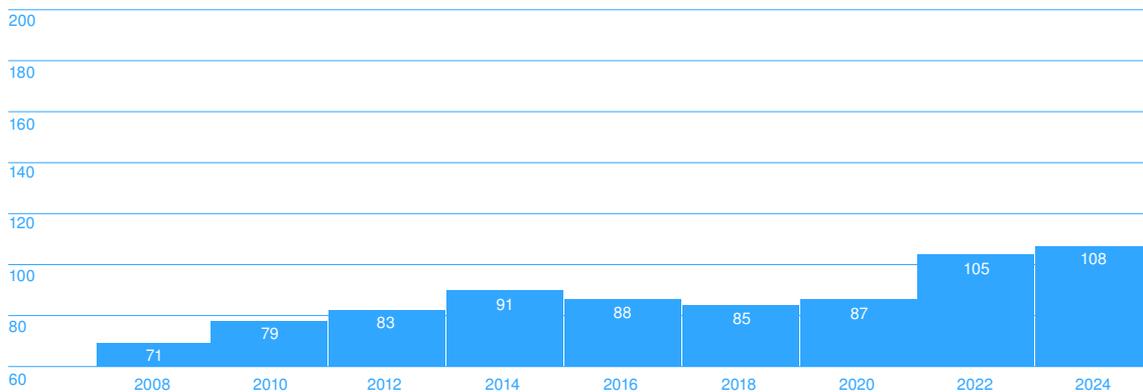
LA RÉDUCTION DES RISQUES EST CITEE DANS LES POLITIQUES NATIONALES, MAIS LES RÉPONSES PUNITIVES DOMINENT TOUJOURS

Cent huit pays incluent la réduction des risques dans les politiques nationales. Cependant, la criminalisation et les réponses punitives aux drogues restent dominantes dans la plupart des endroits. Ces approches entravent les efforts de réduction des risques et continuent d'alimenter la stigmatisation et la discrimination, et dissuadent les personnes qui consomment de drogues de recourir à des services vitaux.^{47,48,49,50} Cette contradiction fondamentale doit être résolue pour que des progrès significatifs soient réalisés.

108 pays incluent des mentions explicites de soutien à la réduction des risques dans leurs documents de politique nationale (contre 105 en 2022).^f

Cela comprend 11 pays : Afrique de l'Est et du Sud (Éthiopie, Malawi, Mozambique et Zimbabwe), Amérique latine et Caraïbes (Brésil, Chili et Costa Rica), Afrique de l'Ouest et centrale (Cameroun, Sao Tomé-et-Principe et Togo) et Asie (Cambodge). Cependant, nous n'avons pas pu confirmer

Nombre de pays faisant explicitement référence à la réduction des risques dans les documents de politique nationale figurant dans les rapports sur l'état mondial de la réduction des risques, 2008-2024



^f Dans le rapport Global State of Harm Reduction 2022, le nombre de pays qui ont fait explicitement référence à la réduction des risques dans leurs documents de politique nationale était de 104. Cependant, le total correct pour 2022 était de 105, car l'Uruguay a été compté à tort comme un pays sans référence explicite. En Uruguay, des références explicites à la réduction des risques sont incluses dans les documents de politique au moins depuis 2017, date à laquelle une réglementation garantissant le droit à la protection de la santé mentale (Ley N° 19529) a été publiée.

la poursuite de l'inclusion de la réduction des risques dans les politiques nationales de huit pays qui figuraient sur la liste en 2022 (République dominicaine, Ghana, Libye, Oman, Philippines, Samoa, Syrie et Vanuatu).

Mais les références favorables à la réduction des risques dans les politiques nationales peuvent avoir des significations très différentes selon les pays. Par exemple, en Éthiopie et au Mozambique, seul le TAO est inclus dans les plans nationaux de lutte contre le VIH.⁵¹ En revanche, le plan de lutte contre le VIH du Zimbabwe comprend trois services de réduction des risques (TAO, NSP et distribution de naloxone). Le Malawi fait explicitement référence à la réduction des risques dans plusieurs documents de politique nationale, notamment le plan stratégique du secteur de la santé ainsi que les plans spécifiques du pays sur les drogues, le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles (IST).⁵² Au Brésil, les références en soutien à la réduction des risques à la réduction des risques apparaissent dans plusieurs plans nationaux (sur les drogues, le VIH, l'hépatite et les IST), y compris spécifiquement pour différents services (TAO, NSP, soins des maladies infectieuses et services pour la consommation de drogues non injectables).^{53,54} Cela est conforme aux recommandations internationales en faveur de réponses plus globales.⁵⁵

Les références favorables à la réduction des risques dans les politiques nationales sont encore par le sous-financement et les réponses punitives aux drogues.

La légère augmentation du nombre de pays dans lesquels la réduction des risques est explicitement incluse dans les documents politiques ne reflète pas la dure réalité à laquelle sont confrontés les consommateurs de drogues. Au Mozambique, par exemple, où le TAO est inclus dans le plan national de lutte contre le VIH, des cas d'arrestations policières ont été signalés chez des personnes qui transportaient du matériel d'injection.⁵⁶ En Iran, qui mentionne la réduction des risques dans sa politique nationale de lutte contre le VIH, le gouvernement a exécuté 459 personnes en 2023 pour des infractions

liées à la drogue, soit le nombre le plus élevé depuis 2015.⁵⁷ En Afrique du Sud, le Networking HIV and AIDS Community of Southern Africa a signalé 600 violations des droits humains à l'encontre de personnes consommant des drogues en seulement trois mois en 2023 (y compris des agressions et des arrestations illégales).⁵⁸

L'impératif de santé publique de s'attaquer aux mesures punitives et prohibitives contre les drogues est clair. Il est bien établi dans la littérature scientifique que les TAO et les NSP, en particulier lorsqu'ils sont administrés ensemble, peuvent réduire la transmission des infections transmissibles par le sang, tandis que la criminalisation de la consommation de drogues peut accroître la transmission du VIH et du VHC.^{59,60} C'est pour cette raison qu'en 2023, une résolution du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies sur la politique en matière de drogues a inclus – pour la première fois – un soutien explicite à la réduction des risques et à la dépénalisation des personnes qui consomment des drogues.⁶¹ De même, en 2024, une résolution de la Commission des stupéfiants des Nations Unies sur les surdoses a été la première à mentionner explicitement la réduction des risques.⁶²

Malgré les preuves scientifiques et les recommandations internationales croissantes, l'approche de la consommation de drogues continue d'être dominée par des politiques et des pratiques punitives et coercitives.^{63,64,65} Les violations des droits de l'homme et les campagnes répressives contre la drogue se poursuivent partout dans le monde. En Asie, par exemple, des dizaines de milliers de personnes ont été arrêtées pour des infractions liées à la drogue au Sri Lanka, et un fervent partisan de la peine de mort pour les infractions liées à la drogue a été élu président en Indonésie.^{66,67,68} Des centaines de meurtres liés à la drogue ont également été recensés aux Philippines (après l'arrivée au pouvoir du président Duterte).^{69,70} Le Botswana et le Nigéria considèrent actuellement des lois qui sanctionnent la peine de mort par le trafic de drogue.^{71,72,73}

LE FINANCEMENT INSUFFISANT CONTINUE D'ENTRAVER LES SERVICES

Les services de réduction des risques tels que le NSP et le TAO sont des interventions de santé publique rentables et économiques.^{74,75} Elles améliorent les résultats en matière de santé publique et contribuent à réduire les impacts sociaux et économiques négatifs liés à la consommation de drogues. Malgré cela, la réduction des risques est gravement sous-financée dans la plupart des régions.^{76,77} HRI suit ce financement depuis plus de 15 ans et ses conclusions sont systématiquement peu encourageantes. Les dernières recherches ont identifié 151 millions de dollars de financements pour la réduction des risques dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2022, soit seulement 6% des 2,7 milliards de dollars estimés nécessaires chaque année d'ici 2025. Il en résulte un déficit de financement de 94%.⁷⁸ Malgré les engagements internationaux et les directives internationales en matière de prévention du VIH qui soutiennent l'intensification des services de réduction des risques, le financement est cruellement insuffisant. Les programmes de réduction des risques ne représentaient que 0,7% du financement total de la lutte contre le VIH en 2022, alors que 8% des nouvelles infections au VIH surviennent parmi les personnes qui s'injectent des drogues.^{79,80}

Le nombre de bailleurs internationaux en matière de réduction des risques reste faible, ce qui rend cette activité vulnérable à l'évolution de leurs priorités.

La dépendance à l'égard du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) est croissante. En 2022, il représentait 73 % de l'ensemble des financements des bailleurs pour la réduction des risques, contre seulement 31 % en 2007. Étant un bailleur ciblant la santé publique, cela signifie que la plupart des financements destinés à la réduction des risques sont axés sur les résultats en matière de santé publique (plutôt que sur d'autres questions plus vastes de justice sociale pour les personnes qui consomment des drogues). De manière significative, le financement des efforts de plaidoyer, de changement de politique et de renforcement des systèmes communautaires a diminué. Le financement de l'Open Society Foundations (OSF) pour la réduction des risques, qui englobe de telles initiatives, a presque diminué de moitié depuis 2019. En 2016 et 2019, l'OSF était le plus grand bailleur international en matière de réduction des risques en dehors du Fonds mondial et du Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR).⁸¹

Des groupes communautaires du monde entier ont également signalé des réductions de soutien financier. Par exemple, l'Ouganda Harm Reduction Network a signalé qu'au moins trois bailleurs ont mis fin au financement de la réduction des risques en Ouganda depuis 2022.⁸²

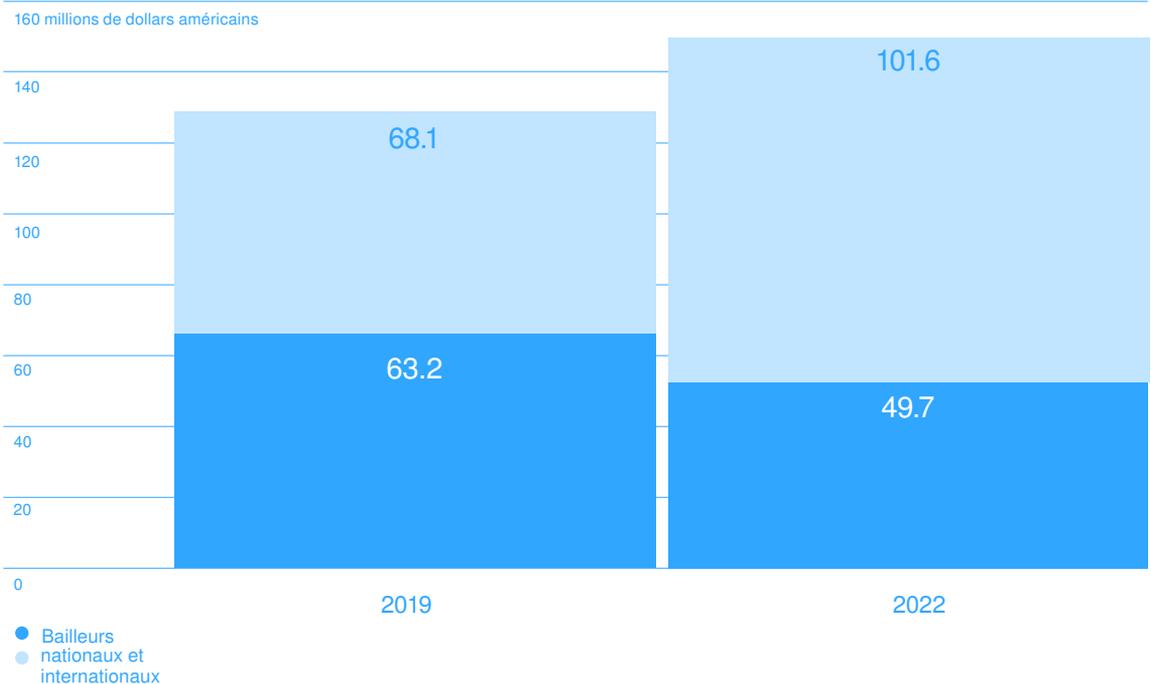
Les groupes communautaires dirigés par les populations clés, y compris les personnes qui consomment des drogues^g, continuent de se heurter à des obstacles structurels, notamment des exigences de rapport compliquées. Cela limite leur accès aux financements existants. La majorité bailleurs n'enregistrent pas de données sur le financement qu'ils accordent aux organisations communautaires, et il n'existe aucun mécanisme permettant de tenir les bailleurs ou les gouvernements financeurs responsables de leurs engagements politiques envers des accords internationaux tels que la Stratégie mondiale de lutte contre le sida ou la résolution de l'ONU sur les implications des politiques en matière de drogues sur les droits de l'homme.^{83,84}

Le financement national de la réduction des risques s'est encore plus fragilisé et le manque de données empêche la société civile d'avoir connaissance des financements accordés ou et ainsi être en capacité de demander des comptes aux gouvernements.

Les dernières recherches de HRI ont identifié 49,7 millions de dollars américains en financements nationaux pour la réduction de risques, ce qui représente 33 % de l'ensemble des financements pour la réduction des risques identifiés en 2022 et un montant réduit depuis 2019. Les investissements nationaux dans la réduction des risques ne représentaient que 0,4% de l'ensemble des financements nationaux pour le VIH en 2022. Les dépenses consacrées au VIH pour les populations clés sont loin de répondre aux besoins estimés dans toutes les régions, mais particulièrement au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Il existe également

g UNAIDS considère que les hommes homosexuels et les s'injectent hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs qui s'injecte des drogues, les prisonniers et autres personnes incarcérées sont les cinq groupes principaux de population clés qui sont particulièrement vulnérables au VIH et qui manquent souvent d'un accès adéquat aux services.

Montant du financement de la réduction des risques (en millions USD) par source de financement en 2019 et 2022



peu de transparence sur les dépenses publiques nationales dans de nombreux pays, y compris pour les services de réduction des risques, ce qui rend difficile le suivi et ainsi mettre les fonctionnaires de l'état face à leurs responsabilités.⁸⁵

Un investissement plus important dans le plaidoyer pourrait contribuer à changer cette situation et à accroître les investissements nationaux en faveur de mesures durables de réduction des risques. La dépénalisation de la consommation de drogues et des personnes qui en consomment maximisera l'impact des investissements existants en maximiserait de réduction des risques. Par exemple, au Portugal, le nombre de personnes qui consomment des drogues et qui suivent un traitement a considérablement augmenté depuis la dépénalisation en 2001.⁸⁶ Les décès liés à la drogue ont également diminué et restent inférieurs à la moyenne de l'Union européenne (UE) depuis la dépénalisation.⁸⁷ Le pays représente désormais 1,7% des nouveaux diagnostics de VIH liés à la consommation de drogues injectables dans l'UE. Avant la dépénalisation, ce chiffre était de 50%.⁸⁸ Cela reflète les avantages sanitaires, sociaux et économiques de l'investissement dans la réduction des risques et la manière dont les programmes de réduction des risques et l'abrogation des lois et politiques punitives en matière de drogues profitent à des communautés plus larges.

LES GROUPES QUI ONT LE MOINS ACCÈS À DES SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES

Certaines personnes qui consomment des drogues sont confrontées à des vulnérabilités multiples, qui s'intersectent, et entravent leur accès aux services de réduction des risques. Il s'agit notamment des femmes, des personnes LGBTQI+, des populations autochtones, des personnes migrantes et des personnes incarcérées. En plus de la stigmatisation liée à leur consommation de drogues, ces groupes sont déjà marginalisés et discriminés. Ils ont par conséquent encore moins accès aux services de réduction des risques. Les jeunes qui consomment des drogues sont également confrontés à des obstacles supplémentaires pour accéder aux services de réduction des risques.

Le langage peut également constituer un obstacle important pour les personnes migrantes qui ont besoin d'accéder aux services de réduction des risques.⁸⁹ Des interprètes et des médiateurs multiculturels sont nécessaires pour garantir que les migrants qui consomment des drogues puissent accéder aux services de réduction des risques.^{90,91}

La réduction des risques pour les personnes de moins de 18 ans est toujours considérée comme une question controversée.^{92,93,94}

Dans de nombreux pays du monde, l'accès aux services de réduction des risques est limité par l'âge. En Europe occidentale, où la réduction des risques existe depuis plus longtemps que dans d'autres régions et où l'environnement politique est généralement plus favorable, les moins de 18 ans ne sont pas officiellement autorisés à utiliser les services de réduction des risques : DCR, NSP ou programmes d'analyse des drogues.^{95,96,97,98}

Les peuples autochtones et les personnes issues d'autres communautés racisées sont confrontés au racisme en plus de la stigmatisation liée à la consommation de drogues.

Les dommages liés à la drogue sont plus élevés chez les peuples autochtones, selon des recherches menées au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande.⁹⁹ Par exemple, les décès par surdose d'opioïdes sont sept fois plus élevés chez les Kainai de l'Alberta, au Canada, que dans la population générale.^{100,101,102}

La couverture géographique inégale des services de réduction des risques constitue toujours un sérieux obstacle à un accès généralisé à travers le monde.¹⁰³

Même lorsque ces services existent et sont reconnus comme importants au niveau national, les personnes vivant dans des zones reculées ou rurales ont encore du mal à y accéder. Par exemple, en Inde, 95% des personnes qui s'injectent des drogues bénéficient de services de réduction des risques dans 12 États, alors que seulement 22% bénéficient de ces services dans l'État d'Assam et 39 % à Delhi.^{104,105} Le fait de devoir parcourir de longues distances pour accéder aux services réduit, voire annule, leur valeur pour ces groupes trop éloignés des dispositifs existants. La plupart des services TAO, par exemple, nécessitent des prises de traitement quotidiennes.¹⁰⁶

Les politiques punitives en matière de drogues ont conduit à une surreprésentation des personnes qui consomment des drogues dans les prisons, où l'accès aux services de réduction des risques est encore plus insuffisant.

On estime qu'entre un tiers et la moitié des personnes incarcérées ont des antécédents de consommation de drogues.^{107,108,109} De nombreuses personnes continuent ou commencent à s'injecter des drogues en prison, et les comportements à haut risque tels que le partage d'équipement et le tatouage augmentent également en prison et dans des centres pénitentiaires.¹¹⁰ Malgré le besoin évident de services de réduction des risques dans les prisons, ces services sont généralement encore moins susceptibles d'être disponibles qu'à l'extérieur des prisons. Par exemple, seuls 11 pays disposent d'un programme de réduction des risques dans au moins une prison, soit seulement 12% des 93 pays qui fournissent des programmes de réduction des risques aux personnes hors prison. Hormis le Canada, tous les programmes de réduction des

risques identifiés dans les prisons se trouvent en Eurasie (Arménie, Kirghizistan, Moldavie, Tadjikistan et Ukraine) et en Europe occidentale (Espagne, Luxembourg, Allemagne et Suisse). La Naloxone est disponible dans au moins une prison dans seulement 11 pays d'Europe, d'Amérique du Nord et d'Australie.¹¹¹

Au niveau mondial, les TAO en prison sont disponibles dans au moins 60 pays. Cependant, la disponibilité de ce service varie considérablement selon les régions. En Asie, seuls 5 pays proposent les TAO dans au moins une prison. Dans la plupart des pays européens et eurasiens, le TAO est disponible dans au moins quelques prisons. Mais les services ne sont pas toujours accessibles de la même manière dans ces pays. Les personnes se heurtent souvent à des obstacles administratifs et bureaucratiques qui les empêchent d'obtenir les services dont elles ont besoin, par exemple, le TAO en prison étant limité aux personnes qui avaient des ordonnances avant leur incarcération.^{112,113}

SERVICES D'ANALYSE DES DROGUES ET RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES STIMULANTS

Une autre lacune majeure à l'échelle mondiale est le manque de services de réduction des risques adaptés à la diversité des drogues consommées dans le monde. En Amérique latine et dans les Caraïbes, par exemple, les drogues stimulantes sont plus fréquemment consommées que les opioïdes. Pourtant, la disponibilité des interventions de réduction des risques pour ces substances est insuffisante.^{114,115,116} Certaines organisations de la société civile mènent des initiatives d'analyse des drogues dirigées par des pairs spécifiques pour les stimulants en Argentine, au Brésil, au Chili, en Uruguay, au Pérou, en Colombie et au Mexique mais ces interventions ne sont généralement pas autorisées et manquent du soutien officiel du gouvernement.¹¹⁷

Les services d'analyse des drogues aident les personnes qui consomment des drogues à réduire les risques associés aux types ou aux quantités inconnus des substances et aux interactions non souhaitées.

Ces services s'adressent traditionnellement aux personnes qui consomment des stimulants dans des espaces festifs.¹¹⁸ En Europe occidentale, où des services d'analyse des drogues sont disponibles dans 12 pays, ces services ont également produit des données et des informations sur les substances disponibles et les tendances émergentes dans la région.^{119,120,121} En Eurasie, où 9 pays ont introduit des services d'analyse des drogues dans une

certaine mesure, ils semblent tous fonctionner dans une zone juridiquement floue. La Slovaquie fait exception, où les services d'analyse des drogues font partie d'un système national d'alerte précoce sur les substances psychoactives. En Hongrie, en Estonie, en Tchéquie, en CrTAOie, en Lituanie, en Géorgie, en Ukraine et en Pologne, les services d'analyse des drogues distribuent des auto-tests (principalement dans les espaces festifs), les gens effectuent eux-mêmes les tests et sont invités à revenir pour discuter des résultats.¹²²

Les initiatives visant à réduire les risques liés au tabagisme constituent une autre mesure de réduction des risques qui peut être bénéfique pour les personnes qui consomment des stimulants, car fumer peut rendre les gens plus vulnérables aux maladies respiratoires et aux infections virales, en particulier si les gens utilisent des pipes de fortune.¹²³

Ces initiatives pourraient faire partie d'un ensemble bénéfique des stratégies de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues étant des alternatives à l'injection.¹²⁴ Nous sommes en mesure de spécifier que des équipements pour fumer de façon plus sûre sont distribués dans au moins 25 pays, contre 19 en 2022, avec de nouvelles initiatives de distribution d'équipements pour fumer rapportées en Bulgarie, en Grèce, en Irlande, au Mexique, à Porto Rico et en Afrique du Sud. Il s'agit d'une évolution importante, bien que limitée. Les

personnes qui inhalent des drogues constituent une sous-population qui manque particulièrement d'accès à des services parmi les consommateurs de drogues. Par exemple, en Afrique, nous ne pouvons identifier qu'un seul pays qui met à disposition des équipements pour inhaler plus sûrs (l'Afrique du Sud). De même, en Asie, nous ne pouvons signaler la disponibilité d'un tel service que dans un seul pays (l'Indonésie).¹²⁵

La prescription de stimulants ou de traitements de substitution aux stimulants est en hausse depuis 2022.

Six pays le rapportent disponible dans une certaine mesure (Australie, Canada, Tchéquie, Mexique, Suisse et Ukraine), contre deux pays en 2022. Il s'agit toutefois généralement de programmes pilotes (Ukraine et Suisse) ou de prescriptions hors indication de médicaments déjà disponibles (généralement des médicaments contre l'obésité ou le TDAH). La seule exception est la Tchéquie, où il existe un protocole officiel relativement nouveau sur la prescription de stimulants, approuvé pendant la pandémie de COVID-19.¹²⁶

- 1 Rockstroh, J.K., et al., (2023), 'The path to hepatitis C elimination: who are we leaving behind and why?', *Journal of the International AIDS Society*, vol. 26, no. 7, e26136.
- 2 Harris, M. and T. Rhodes, (2013), 'Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs: a review mapping the role of social factors', *Harm Reduction Journal*, vol. 10, no. 1, p.7.
- 3 Degenhardt, L., et al., (2023), 'Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet Global Health*, vol. 11, no. 5, e659–72.
- 4 Escobar, J.A.C., (2024) 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Brazil'.
- 5 Farias, I., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Brazil'.
- 6 National civil society partners, (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Bulgaria'.
- 7 Sárosi, P., (25 August 2020), 'The Oldest Harm Reduction Organisation in Bulgaria Shut Down' [online article, accessed August 2024], Drug Reporter, Budapest. Available from: <https://drogriporter.hu/en/the-oldest-harm-reduction-organisation-in-bulgaria-shut-down>.
- 8 Bridge, J., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, IDPC'.
- 9 Degenhardt, L., et al., (2023), 'Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet Global Health*, vol. 11, no. 5, e659–72.
- 10 Colledge-Frisby, S., et al., (2023), 'Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet Global Health*, vol. 11, no. 5, e673–83. Ibid.
- 11 Zule, W.A. and G. Bobashev, (2009), 'High dead-space syringes and the risk of HIV and HCV infection among injecting drug users', *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 100, no. 3, p.204–13.
- 12 Csák, R., (2023), *Low Dead Space Syringes: Analysis and Benefits For People Who Inject Drugs*, Harm Reduction International, London.
- 13 Ibid.
- 14 Trickley, A., et al., (2022), 'The Effectiveness of Low Dead Space Syringes for Reducing the Risk of Hepatitis C Virus Acquisition Among People Who Inject Drugs: Findings From a National Survey in England, Wales, and Northern Ireland', *Clinical Infectious Diseases*, vol. 75, no. 6, p.1073–7.
- 15 Hancock, E., et al., (2020), 'Detachable low dead space syringes for the prevention of hepatitis C among people who inject drugs in Bristol, UK: an economic evaluation', *Addiction*, vol. 115, no. 4, p.702–13.
- 16 Csák, R., (2023), *Low Dead Space Syringes: Analysis and Benefits For People Who Inject Drugs*, Harm Reduction International, London
- 17 Sonan, T., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Egypt'.
- 18 Aghaei, A.M., et al., (2023), 'Prevalence of injecting drug use and HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people who inject drugs in the Eastern Mediterranean region: a systematic review and meta-analysis', *The Lancet Global Health*, vol. 11, no. 8, e1225–37.
- 19 Rotondo, H., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Peru'; Agossou, R., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Benin'; Doussou, M.K.B., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Benin.'; Kamara, H.T., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Sierra Leone'.
- 20 Doussou, M.K.B., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Benin'.
- 21 Africa Synergy Group Pluss, 'Programme pilote de substitution des opiacés par la méthadone : Renforcement de capacité du personnel spécialisé et des pairs éducateurs', [online article, accessed August 2024], ASG Pluss, Benin. Available from <https://asg-pluss.com/programme-de-substitution-des-opiacés-par-la-méthadone-au-benin-formation-du-personnel-specialise-et-des-paires-educateurs/>.
- 22 Kamara, H.T., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Sierra Leone'.
- 23 Rotondo, H., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Peru'.
- 24 Akpan, A., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Nigeria'.
- 25 Colledge-Frisby, S., et al., (2023), 'Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet Global Health*, vol. 11, no. 5, e673–83.
- 26 Degenhardt, L., et al., (2023), 'Supplementary Appendix to: Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: A systematic review', *The Lancet Global Health*, vol. 11, no. 5, e659–e672.
- 27 Degenhardt, L., et al., (2023), 'Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet Global Health*, vol. 11, no. 5, e659–72.
- 28 Colledge-Frisby, S., et al., (2023), 'Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet Global Health*, vol. 11, no. 5, e673–83.
- 29 Estipiñan, D.R., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Colombia'; Castro, H., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Colombia'; López, J.A.Q., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Colombia'.
- 30 Ibid.
- 31 Castro, H., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Colombia'; López, J.A.Q., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Colombia'.
- 32 Kamara, H.T., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Sierra Leone'.
- 33 Ibid.
- 34 Sárosi, P., (26 January 2024), 'Drug Consumption Rooms Are Coming to Slovenia – An Interview with Katja Krajnc' [online article, accessed August 2024], Drug Reporter, Budapest. Available from <https://drogriporter.hu/en/drug-consumption-rooms-are-coming-to-slovenia-an-interview-with-katja-krajnc>.
- 35 Ibid.
- 36 Moura, J., et al., (2023), *Drug Consumption Rooms in Europe – Operational Overview, Correlation – European Harm Reduction Network*, Amsterdam.
- 37 Ibid.
- 38 Stevens, A., et al., (2024), 'Overdose prevention centres as spaces of safety, trust and inclusion: A causal pathway based on a realist review', *Drug and Alcohol Review*, vol. 43, no. 6, p.1573-1591.
- 39 Vancouver Coastal Health, (14 September 2023), 'Canada's first supervised consumption site celebrates 20 years of saving lives' [online media release, accessed August 2024], VCH, Vancouver. Available from <http://www.vch.ca/en/press-release/canadas-first-supervised-consumption-site-celebrates-20-years-saving-lives>.
- 40 Estipiñan, D.R., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Colombia'; Castro, H., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Colombia'; López, J.A.Q., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Colombia'.
- 41 Badran, N., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Lebanon'; Sleiman, T., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Lebanon'.
- 42 Parmar, A., R. Chakraborty R and Y.P.S Baihara, (2024), 'Current status of harm reduction in India: Are we doing enough?', *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 66, no. 4, p.388–91.
- 43 Wilson, M. et al., (2022), 'Personal experience and awareness of opioid overdose occurrence among peers and willingness to administer naloxone in South Africa: findings from a three-city pilot survey of homeless people who use drugs', *Harm Reduction Journal*, vol. 19, no. 1, p.17.
- 44 Scheibe, A., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, South Africa'.
- 45 López, J.A.Q., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Colombia'.
- 46 van Hout, M.C., P. Haddad and E. Aaraj, (2022), 'The Impact of COVID-19 on Drug Use and Harm Reduction Programming in the Middle East and North Africa (MENA) Region: a Regional Consultation of Stakeholders and People Who Use Drugs', *International Journal of Mental Health Addiction*, vol. 20, no. 4, p.2072–85.
- 47 Lai, G. and C. Stoicescu, (2020), 'Drug policy in Asia: the origins and extremities of prohibition', in *Research Handbook on International Drug Policy*, edited by D.R. Bewley-Taylor and K. Tinasti, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, UK.
- 48 Lasco, G., (2020), 'Drugs and drug wars as populist tropes in Asia: Illustrative examples and implications for drug policy', *International Journal on Drug Policy*, vol. 77, e102668.
- 49 UNAIDS, (2024), *The urgency of now: AIDS at a crossroads*, UNAIDS, Geneva.
- 50 Getachew, T., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Ethiopia'.
- 51 Mwakasungula, U., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Malawi'.
- 52 Escobar, J.A.C., (2024) 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Brazil'.
- 53 da Silva Petuco, D.R., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Brazil'.
- 54 World Health Organization Regional Office for Africa, (2018), *Report on key populations in African HIV/AIDS: national strategic plans*, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, Congo.

56 Mutombene, J., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Mozambique'.

57 Harm Reduction International, (2023), *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2023*, HRI, London.

58 Networking HIV and AIDS Community of Southern Africa, (6 September 2023), 'NACOSA Advocates for People-Centred Drug Policy' [online article, accessed August 2024], NACOSA, Cape Town. Available from <http://www.nacosa.org.za/2023/09/06/nacosa-advocates-for-people-centred-drug-policy>.

59 UNAIDS, (2024), *The urgency of now: AIDS at a crossroads*, UNAIDS, Geneva.

60 Tonin, F.S., F. Alves da Costa and F. Fernandez-Llimos, (2024), 'Impact of harm minimization interventions on reducing blood-borne infection transmission and some injecting behaviors among people who inject drugs: an overview and evidence gap mapping', *Addiction Science and Clinical Practice*, vol. 19, no. 1, p.9.

61 UN General Assembly, (2023), *Human Rights Council contribution with regard to the human rights implication of drug policy, A/HRC/52/L.22/Rev.1*, UN HRC, UNGA, New York.

62 Commission on Narcotic Drugs, (2024) *Resolution 67/4: Preventing and responding to drug overdose through prevention, treatment, care and recovery measures, as well as other public health interventions, to address the harms associated with illicit drug use as part of a balanced, comprehensive, scientific evidence-based approach*, UNODC, Vienna.

63 Rockstroh, J.K. et al., (2023), 'The path to hepatitis C elimination: who are we leaving behind and why?', *Journal of the International AIDS Society*, vol. 26, no. 7, e26136.

64 UNAIDS, (2024), *The urgency of now: AIDS at a crossroads*, UNAIDS, Geneva.

65 Cooke, G.S., et al., (2024), 'Progress towards elimination of viral hepatitis: a Lancet Gastroenterology & Hepatology Commission update', *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, vol. 9, no. 4, p. 346–65.

66 Harm Reduction International et al., 'Joint statement: Sri Lanka: Stop abusive anti-drug operation and release those arbitrarily detained' [online statement, accessed August 2024], HRI, London. Available from <https://hri.global/publications/sri-lanka-stop-abusive-anti-drug-operation-and-release-those-arbitrarily-detained>.

67 United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, (22 January 2022), 'UN experts call on Sri Lanka to immediately suspend and review "Yukhiya" anti-drug operation' [media statement, accessed August 2024], OHCHR, Geneva. Available from www.ohchr.org/en/press-releases/2024/01/un-experts-call-sri-lanka-immediately-suspend-and-review-yukhiya-anti-drug.

68 Lekhtman, A., (22 February 2024), 'Fears for Drug Users and Many Others After Indonesia's Presidential Election', [online article, accessed August 2024], Filter Magazine, New York. Available from <https://filtermag.org/indonesia-presidential-election-drug-war>.

69 Valenzuela, N., (21 March 2024), 'Under Marcos, the Philippines drug war drags on' [online article, accessed August 2024], Deutsche Welle, Bonn. Available from <https://www.dw.com/en/philippines-drug-war-what-changed-under-president-marcos/a-68635719>.

70 Dahas, 'The Latest Numbers' [web page, accessed August 2024], Dahas, Third World Studies Center, Philippines. Available from <https://dahas.upd.edu.ph/sources>.

71 Tumagole, T., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Botswana'.

72 Ontebese, K., (28 April 2024), 'Govt approves death penalty for drug dealers, child rapists' [online article, accessed August 2024], Sunday Standard, Gaborone. Available from <https://www.sundaystandard.info/govt-approves-death-penalty-for-drug-dealers-child-rapists/>.

73 West Africa Drug Policy Network, (4 June 2024), 'WADPN Urges Nigerian Senate to Reconsider Death Penalty for Drug Offences' [online article, accessed September 2024], WADPN, Accra. Available from www.wadpn.org/post/wadpn-urges-nigerian-senate-to-reconsider-death-penalty-for-drug-offences.

74 Harm Reduction International, (2020), *Making the investment case: Cost-effectiveness evidence for harm reduction*, HRI, London.

75 Davis, C., C. Cook and G. Gurung, (2024), *The cost of complacency: a harm reduction funding crisis*, Harm Reduction International, London.

76 Harm Reduction International, (2020), *Making the investment case: Cost-effectiveness evidence for harm reduction*, HRI, London.

77 Davis, C., C. Cook and G. Gurung, (2024), *The cost of complacency: a harm reduction funding crisis*, Harm Reduction International, London.

78 Ibid.

79 UNAIDS, (2024), *The urgency of now: AIDS at a crossroads*, UNAIDS, Geneva.

80 Davis, C., C. Cook and G. Gurung, (2024), *The cost of complacency: a harm reduction funding crisis*, Harm Reduction International, London.

81 Ibid.

82 Global HIV Prevention Coalition, (7 May 2024), 'Low-income countries such as Madagascar lack funds to fight Aids' [online article, accessed August 2024], GPC Resource Hub, Geneva. Available from <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/news/low-income-countries-such-madagascar-lack-funds-fight-aids>.

83 UN General Assembly, (2023), *Human Rights Council contribution with regard to the human rights implication of drug policy, A/HRC/52/L.22/Rev.1*, UN HRC, UNGA, New York.

84 UNAIDS, (2021), *End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026*, UNAIDS, Geneva.

85 Davis, C., C. Cook and G. Gurung, (2024), *The cost of complacency: a harm reduction funding crisis*, Harm Reduction International, London.

86 Drug Policy Alliance, (20 February 2019), 'Drug Decriminalization in Portugal - Learning from a Health and Human-Centered Approach' [online article and video, accessed August 2024], DPA, New York. Available from <https://drugpolicy.org/resource/drug-decriminalization-in-portugal-learning-from-a-health-and-human-centered-approach>.

87 Transform, (13 May 2021), 'Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight' [online article, accessed August 2024], Transform Drug Policy Foundation, London. Available from <https://transformdrugs.org/blog/drug-decriminalisation-in-portugal-setting-the-record-straight>.

88 Ibid.

89 van der Linden, N., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Belgium'; Guardiola, J.R., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Spain'; Schäffer, D., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Germany'; Bafi, I., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Greece'.

90 van Selm L., et al., (2024), 'A call to create integrated services to better address the needs of migrants who use drugs in Europe', *Harm Reduction Journal*, vol. 21, no. 1, p.9.

91 Rogialli, A., R.P. Gayo and I. Jeziorska, (2023), *Adequate drug-related responses for migrants in Berlin. Recommendations for policy and practice from the SEMID-EU project*, Correlation - European Harm Reduction Network, Amsterdam.

92 Harm Reduction International, (2022), *Harm reduction services in Switzerland*, HRI, London.

93 van der Linden, N., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Belgium'; Guardiola, J.R., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Spain'.

94 Barrett, D., et al. (2022), 'Child-centred harm reduction', *International Journal of Drug Policy*, vol. 109, e103857.

95 Harm Reduction International, (2022), *Harm reduction services in Switzerland*, HRI, London.

96 van der Linden, N., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Belgium'.

97 Schäffer, D., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Germany'.

98 Barrett, D., F. Petersson and R. Turner, (2022), 'Best interests and low thresholds: legal and ethical issues relating to needle and syringe services for under 18s in Sweden', *Harm Reduction Journal*, vol. 19, no. 1, p.15.

99 Clifford, A. and A. Shakeshaft, (2017), 'A bibliometric review of drug and alcohol research focused on Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the United States', *Drug and Alcohol Review*, vol. 36, no. 4, p.509–22.

100 Ibid.

101 Rotary 5360, (2023), 'Dr. Esther Tailfeathers - discusses the Opioid Crisis and Recovery Programs' [online video, accessed August 2024], Rotary 5360, Calgary. Available from www.youtube.com/watch?v=TIIF1VXd9lo.

102 Boyd, T., et al., (2021), 'Quantifying opioid use disorder Cascade of Care outcomes in an American Indian tribal nation in Minnesota', *Drug Alcohol Dependence*, vol. 222, e108661.

103 Colledge-Frisby, S., et al., (2023), 'Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet Global Health*, vol. 11, no. 5, e673–83.

104 Parmar, A., R. Chakraborty and Y.P.S Balhara, (2024), 'Current status of harm reduction in India: Are we doing enough?', *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 66, no. 4, p.388–91.

105 National AIDS Control Organisation India, (2023), *Sankalak: Status of National AIDS & STD Organisation (Fifth edition, 2023)*, NACO, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi.

106 Aghaei, A.M., et al., (2023), 'Prevalence of injecting drug use and HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people who inject drugs in the Eastern Mediterranean region: a systematic review and meta-analysis', *The Lancet Global Health*, vol. 11, no. 8, e1225–37.

107 International Drug Policy Consortium, (2023), *OFF TRACK: Shadow report for the mid-term review of the 2019 Ministerial Declaration on drugs*, IDPC, London.

108 Fazel, S., I.A. Yoon and A.J. Hayes, (2017), 'Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women', *Addiction*, vol. 112, no. 10, p.1725–39.

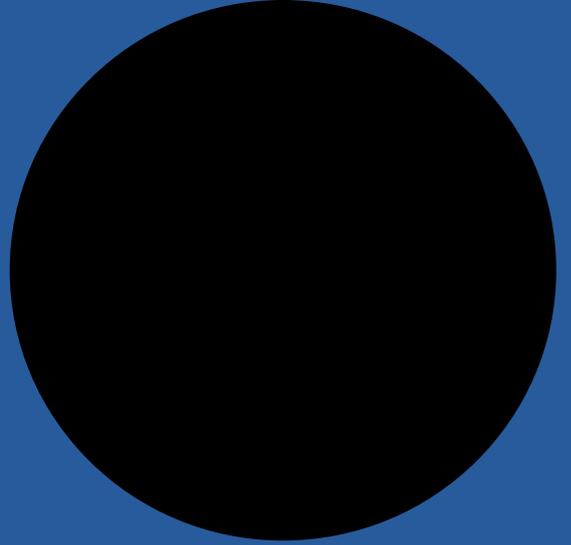
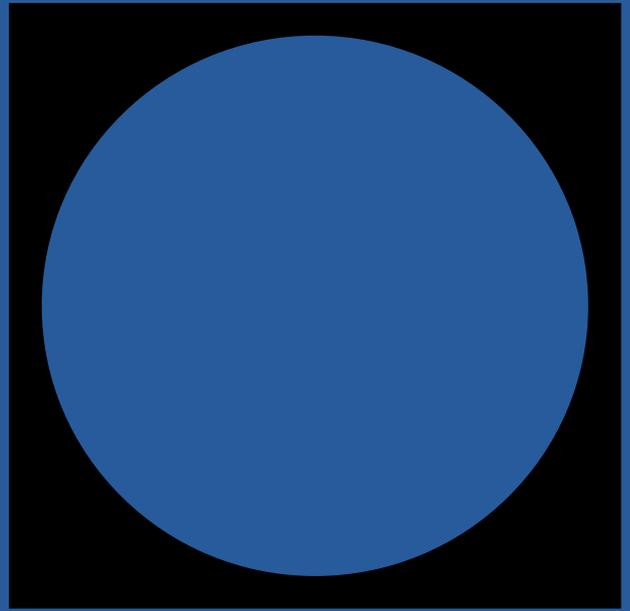
109 Harm Reduction International et al., (2023), *Joint submission to OHCHR's report on human rights challenges in addressing and countering all aspects of the world drug problem*, HRI, London.

110 Favril, L., (2023), 'Drug use before and during imprisonment: Drivers of continuation', *International Journal of Drug Policy*, vol. 115, e104027.

111 Communication with Meroueh, F. as part of the Global State of Harm Reduction 2024 survey follow up; European Union Drugs Agency, (2024), *Harm reduction – the current situation in Europe (European Drug Report 2024)*, p. 12-13, EUDA, Lisbon; Ronconi, S., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response'; Irish Penal Reform Trust, (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024: Prisons and Harm Reduction survey response'; EUDA, Lisbon; Abel-Olo K. and M. Oja, (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response';

- Vlasenko, L., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response'; Ka Hon Chu, S. and A. Juristia, (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response'; Santamour, T et al., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response'; Hiley, S., P. Dietze and G. Davey, (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response'.
- 112 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2022), *Prison and drugs in Europe: current and future challenges*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- 113 Komalasari, R., S. Wilson and S. Haw, (2021), 'A systematic review of qualitative evidence on barriers to and facilitators of the implementation of opioid agonist treatment (TAO) programmes in prisons', *International Journal of Drug Policy*, vol. 87, e102978.
- 114 da Silva Petuco, D.R., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Brazil'; Morales, J., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Guatemala'.
- 115 del P Deheza, R., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Uruguay'; Touzé, G., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Argentina'; Encarnación, J.D.V., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Mexico'.
- 116 United Nations Office on Drugs and Crime, (2023), *World Drug Report 2023 - Executive Summary*, UNODC, Vienna.
- 117 Rotondo, H., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Peru'; López, J.A.Q., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Colombia'; da Silva Petuco, D.R., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Brazil'; Pasaran, S.S., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Mexico'; del P Deheza, R., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Uruguay'; Fernández, C.C., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Chile'; Ahumada, C., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Argentina'.
- 118 Trans European Drug Information, 'Drug checking' [web page, accessed August 2024], TEDI Network, EUDA, Lisbon. Available from www.tedinetwork.org/drug-checking.
- 119 Trans European Drug Information, (2023), *Drug Checking services as an answer to shifting drug markets*, TEDI Network, EUDA, Lisbon.
- 120 Jones, G., et al., (2024), *European Drug Checking Trends 2018-2023. Civil Society Monitoring of Harm Reduction in Europe 2023*, Trans European Drug Information, Correlation – European Harm Reduction Network, Amsterdam.
- 121 Magnolini, R., et al., (2023), 'Substances from unregulated drug markets – A retrospective data analysis of customer-provided samples from a decade of drug checking service in Zurich (Switzerland)', *International Journal of Drug Policy*, vol. 114, e103972.
- 122 Stöver, H., (2022), *Regional analysis of the provision of drug checking services in the Central and Eastern Europe and Central Asia region*, Eurasian Harm Reduction Association, Vilnius; DrogArt, 'Promoting safer drug use and harm reduction in Slovenia' [web page, accessed August 2024]; DrogArt, Ljubljana, Slovenia. Available from www.drogart.org; Czech Drug Users' Union, 'Harm reduction and drug policy advocacy in the Czech Republic' [web page, accessed August 2024], CDUU, Prague. Available from <https://czsub.cz>; Kushakov, I. et al., 'The first study of psychoactive substance use and drug checking', [AIDS 2022 poster presentation], International AIDS Society, Geneva; Społeczna Inicjatywa Narkopolityki, 'Jesteśmy SIN' [web page, accessed August 2024], SIN, Warsaw. Available from <https://sin.org.pl>; Mandala, 'Nothing about us without us', [web page, accessed August 2024], Mandala, Tbilisi. Available from www.mndl.ge; Young Wave, 'What's wrong with you? Harm reduction of psychoactive substances', [web page, accessed August 2024], YW, Vilnius. Available from: <https://youngwave.lt>; Gogia, M., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Georgia'; Pešek, D., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Czechia'; Vlasenko, L. (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, Ukraine'; Jovicic, I., (2024), 'Global State of Harm Reduction 2024 survey response, CrTAOlá'.
- 123 Harris, M., (2020), 'An urgent impetus for action: safe inhalation interventions to reduce COVID-19 transmission and fatality risk among people who smoke crack cocaine in the United Kingdom', *International Journal of Drug Policy*, vol. 83, e102829.
- 124 Reid, M.C., et al., (2023), 'High levels of interest in access to free safer smoking equipment to reduce injection frequency among people who inject drugs in Seattle, Washington', *Drug and Alcohol Dependence Reports*, vol. 7, e100163.
- 125 Rigoni, R., S. Woods and J.J. Breeksema, (2019), 'From opiates to methamphetamine: building new harm reduction responses in Jakarta, Indonesia', *Harm Reduction Journal*, vol. 16, no. 1, p.67.
- 126 Minařík, J., (2020), *Pharmacological Treatment of Methamphetamine Dependence with Central Stimulants*, Czech Medical Society of Jan Evangelista Purkyně, Prague.

APERÇU RÉGIONAL: AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE



AUTEURS DE L'APERÇU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE:
Aniedi Akpan and Prince Bull Luseni



Aniedi Akpan est un défenseur de la communauté des usagers de drogues avec une expérience vécue de consommateur de drogue. Il est le président de Drug Harm Reduction Advocacy Network Nigeria (DHRAN), chef d'équipe d'organisation de Drug Free and Preventive Healthcare et un membre du Global Fund Communities Delegations représentant la constitution des populations clés. Il a aussi servi en tant que membre du National Technical Working Group for Drug Demand Reduction and Harm Reduction au ministère fédéral de la santé où il est une voix active plaidant pour les programmes de réduction des risques pour les personnes qui consomment des drogues.



Prince Bull Luseni est le directeur exécutif du West Africa Drug Policy Network (WADPN). Prince est aussi le président et fondateur de l'Institute for Drug Control and Human Security (IDCHS), un organisme de société civile sans but lucratif basé en Sierra Leone qui promeut le plaidoyer factuel pour la réforme des lois sur les drogues.

TABLE ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH ET DE L'HÉPATITE VIRALE, ET LES RÉPONSES DE RÉDUCTION DES RISQUES EN AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE

Country/territory	People who inject drugs	HIV prevalence among people who inject drugs (%)	Hepatitis C (anti-HCV) prevalence among people who inject drugs (%)	Hepatitis B (anti-HBsAg) prevalence among people who inject drugs (%)	Harm reduction responses				
					NSP ^a	OAT ^b	Peer distribution of naloxone ^c	DCR ^d	Safer smoking equipment ^e
Benin	800	2.1	nd ^f	nd	✓ 1	✓ M	×	×	×
Burkina Faso	90	nd	nd	nd	×	×	×	×	×
Burundi	nd	10.2	5.5	9.4	✓ 4	✓ M	×	×	×
Cameroon	3,500	nd	nd	nd	×	×	×	×	×
Cape Verde	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Central African Republic	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Chad	700	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Congo	2,500	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Côte d'Ivoire	2,600	3.4	1.8	10.5	✓ 3	✓	×	×	×
Democratic Republic of the Congo	168,000	3.9	nd	nd	✓	✓	nd	nd	nd
Equatorial Guinea	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Gabon	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Gambia	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Ghana	20,000	2.7	2.3	nd	✓ 1	nd	nd	nd	nd
Guinea	600	nd	nd	nd	✓	nd	nd	nd	nd
Guinea-Bissau	3,500	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Liberia	4,100	3.9	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Mali	5,600	nd	nd	nd	✓ 6	×	nd	nd	nd
Mauritania	nd	nd	nd	nd	×	nd	nd	nd	nd
Niger	nd	nd	nd	nd	×	nd	nd	nd	nd
Nigeria	177,500	10.9	5.8	6.7	✓ 7	×	nd	nd	nd
Sao Tome and Principe	nd	nd	nd	nd	×	nd	nd	nd	nd
Senegal	1,000	3.7	39.3	nd	✓	✓	nd	nd	nd
Sierra Leone	7,600	4.2	nd	nd	✓ 1	✓ S	nd	✓ 1	nd
Togo	2,700	3.4	nd	nd	×	×	nd	nd	nd

a At least one needle and syringe programme operational in the country or territory, and the number of programmes (where data is available).

b At least one opioid agonist therapy programme operational in the country or territory, and the medications available for therapy. B=buprenorphine, H=heroin, M=methadone, N=Naloxone, S=Suboxone

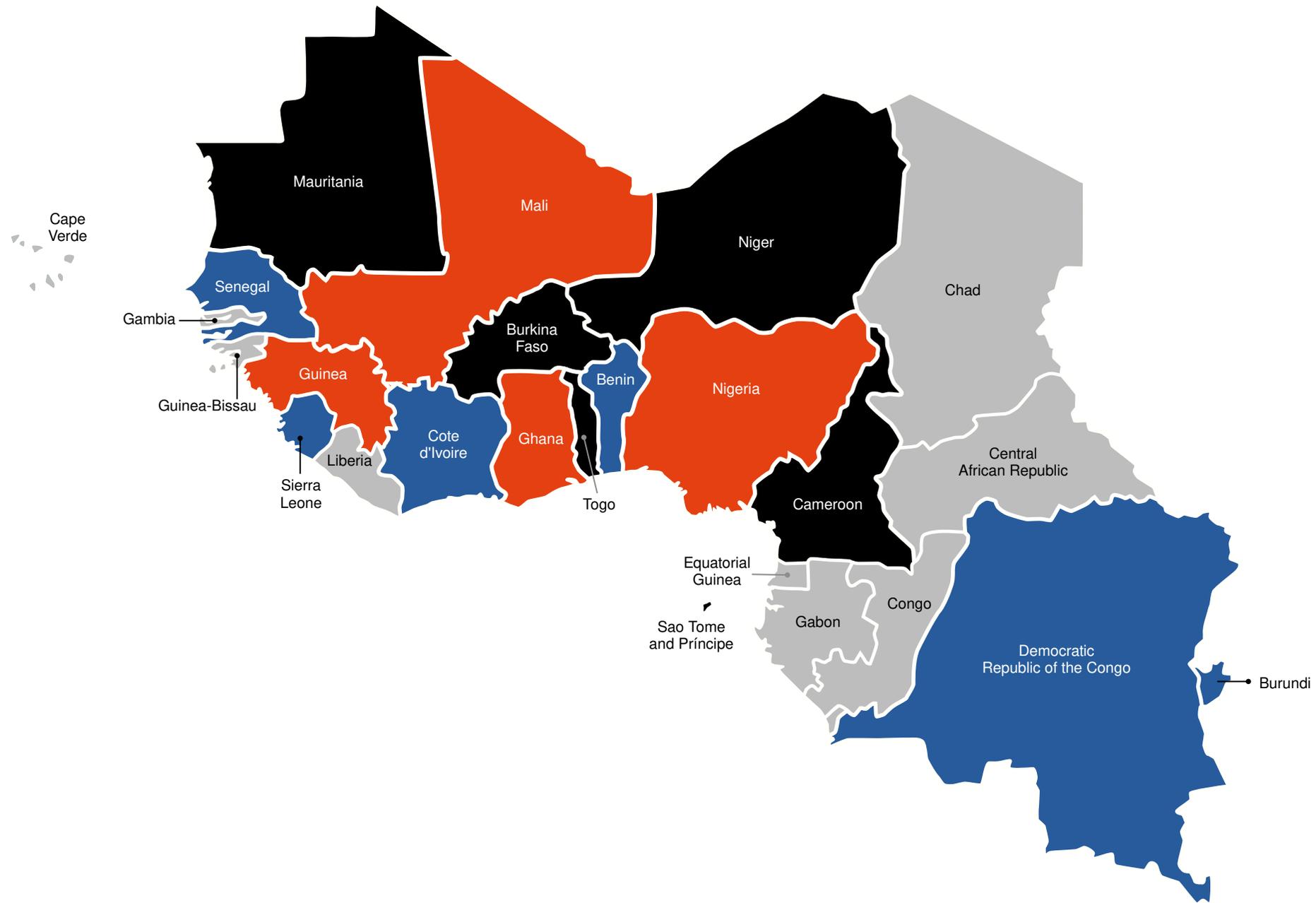
c At least one naloxone distribution programme that engages people who use drugs (peers) in the distribution of naloxone and naloxone training, and facilitates secondary distribution of naloxone between peers.

d At least one drug consumption room (also known as safe consumption sites among other names) operational in the country or territory, and the number of facilities.

e At least one programme in the country or territory distributing safer smoking equipment to people who use drugs.

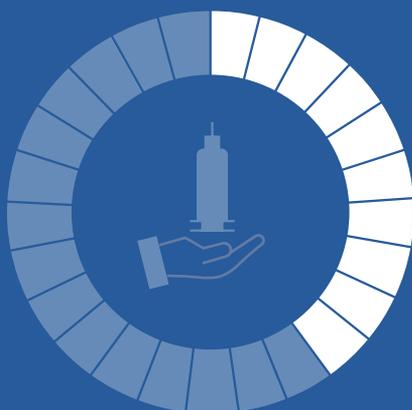
f nd = no data

DISPONIBILITÉ DES SERVICES DE RÉDUCTIONS DES RISQUES

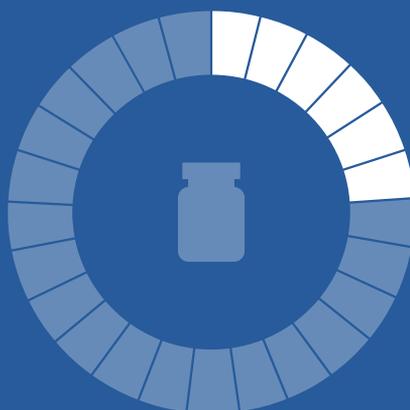


- Both NSP and OAT available
- OAT only
- NSP only
- Neither available
- Not known
- Peer-distribution of naloxone

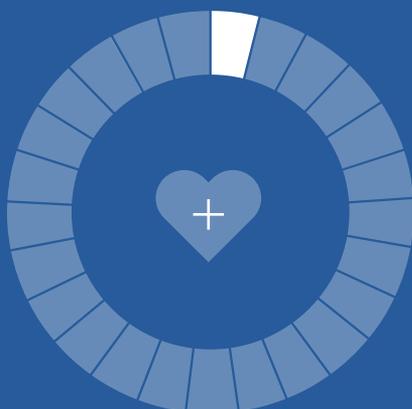
NSP, OAT, DCRS ET MATÉRIEL POUR FUMER DE FAÇON PLUS SÉCURITAIRE



10 pays (25%) en Afrique de l'Ouest et centrale offrent des **programmes d'aiguilles et de seringues** (+1 de 2022, Ghana)



6 pays (20%) en Afrique de l'Ouest et centrale offrent le **traitement par agonistes opioïdes** (+1 de 2022, Bénin)



1 pays en Afrique de l'Ouest et centrale offre des **salles de consommation de drogues** (+ Sierra Leone de 2022)



Il n'y a pas de pays en Afrique de l'Ouest et centrale qui offre la distribution de matériel pour fumer de façon plus sécuritaire

PROBLÈME CLÉ

COUVERTURE INADÉQUATE DES SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES

Des 25 pays¹ qui constituent l'Afrique de l'Ouest et centrale,² 10 offrent des programmes d'échanges de seringues (NSP) : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Guinée, Mali, Nigeria, Sénégal et Sierra Leone. Six pays offrent le traitement par agonistes opioïdes (TAO) : le Burundi, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, le Sénégal, le Bénin et la Sierra Leone. La Sierra Leone offre également la naloxone à emporter, distribuée par les pairs et dispose d'une salle de consommation de drogues (DCR).

Depuis 2022, certains pays de la région ont signalé une augmentation du nombre de personnes qui injectent des drogues, notamment la Côte d'Ivoire (82% pour 2 100 personnes),³ la Sierra Leone (74% pour 5 600 personnes)⁴ et le Nigeria (60% pour 268 500 personnes)⁵.

Bien que la Côte d'Ivoire offre deux services essentiels de réduction des risques – le NSP et les TAO – une grande proportion de personnes qui injectent des drogues dans le pays n'ont pas accès à ces services.⁶ Parmi tous les pays qui offrent des NSP, le Nigeria a fait de grands efforts pour étendre ses interventions à d'autres endroits.⁷ Cependant, cette mise en œuvre ne s'est pas déroulée sans difficultés, comme c'est le cas pour d'autres pays,

notamment la Sierra Leone,⁸ la Côte d'Ivoire et le Sénégal.⁹

Les défis majeurs et persistants qui entravent les soins de santé pour les personnes qui consomment des drogues comprennent la criminalisation des personnes qui consomment des drogues et la stigmatisation de la consommation de drogues, la préférence des forces de l'ordre pour le contrôle des drogues plutôt que pour la réduction des risques, le manque de formation et de soutien adéquats pour les travailleurs pairs, les attitudes et politiques d'exclusion et l'incapacité à fonder les interventions sur les expériences vécues des personnes qui consomment des drogues.¹⁰

Les services de santé dispensés par les pairs jouent un rôle crucial pour combler l'écart entre les personnes et le système de santé, en particulier pour ceux issus de milieux marginalisés et communautés sous-représentées.¹¹

a NSP has been scaled up from the initial 3 pilot states to 10 (Abia, Akwa Ibom, Cross River, Federal Capital Territory, Gombe, Kano, Lagos, Oyo, Plateau and Rivers). The number of people who inject drugs enrolled has increased from 2,731 to 70,738.

À l'échelle mondiale, des services de réduction des risques dispensés par les pairs ont été introduits par certains pays dès les années 1980 en réponse à la crise du sida parmi les personnes qui injectent des drogues. Avec la formation appropriée, les travailleurs pairs peuvent s'engager dans diverses activités de réduction des risques, notamment la sensibilisation, l'éducation à la réduction des risques, le plaidoyer politique et la recherche basée dans les communautés. Il n'existe pratiquement aucune donnée dans la région démontrant que les pairs ont reçu une formation et une certification spécialisées pour fournir un tel soutien et une telle assistance.

Il y a un manque de distribution de naloxone par les pairs dans la plupart des pays de l'Afrique l'Ouest et centrale.

Des réseaux de pairs en Sierra Leone et au Sénégal ont distribué du matériel d'injection pendant la pandémie de COVID-19, permettant ainsi la continuité des NSP essentiels.¹² Au Burkina Faso, un pays sans programme de réduction des risques, les organisations de la société civile ont fait des progrès significatifs dans la participation des pairs parmi les personnes qui consomment des drogues, principalement grâce à la diffusion d'informations par les pairs sur les risques la réforme de la loi et le développement de services spécifiques liés aux besoins de la communauté.¹³ Mais il reste un énorme écart dans l'engagement des personnes qui consomment des drogues en tant que travailleurs pairs dans la région, en particulier lorsqu'il s'agit de la réduction des risques.¹⁴

Un autre défi majeur est le manque de services cherchant à répondre aux besoins spécifiques des femmes qui s'injectent des drogues,¹⁵ y compris la disponibilité de services de santé sexuelle et reproductive.¹⁶ Les femmes qui s'injectent des drogues sont confrontées à des conséquences plus graves dues à une co-infection, comme le VIH, l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB) et d'autres infections sexuellement transmissibles par rapport

à leurs homologues masculins. Les services ne répondent pas non plus aux intersectionnalités que vivent les femmes qui consomment des drogues.^{b17} En raison du cadre juridique punitif en vigueur dans la région, les femmes qui consomment des drogues sont généralement séparées de leurs enfants et ont tendance à éviter les soins de santé y compris pour accoucher dans des centres médicaux afin d'éviter toute sanction. Bien que des services tels que le soutien psychosocial et l'assistance juridique puissent être disponibles pour d'autres femmes marginalisées, ils ciblent rarement ou sont rarement adaptés aux besoins des femmes qui consomment des drogues.¹⁸ L'investissement dans des programmes holistiques de réduction des risques avec des services et des interventions spécifiques sensibles aux genres sont nécessaires pour répondre aux besoins des femmes qui consomment et s'injectent des drogues. De tels programmes doivent envisager de créer des espaces dédiés dans lesquels les femmes se sentent en sécurité et respectées, libre de jugement et sans discrimination. Impliquer des femmes paires dans les programmes est un moyen efficace de cultiver la confiance et d'encourager la participation.

Le manque d'interventions adéquates de réduction des risques dans la région pose des défis pour la santé et le bien-être des personnes qui consomment des drogues. Les tendances de consommation de drogues dans la région sont passées du cannabis d'origine nationale à des substances telles que la cocaïne, l'héroïne et la méthamphétamine,¹⁹ et la prévalence de la consommation d'opioïdes pharmaceutiques s'élève à 1,3 %. Les mélanges de drogues, tels que le kush, le khadafi et la queue de singe ont émergé comme des menaces régionales de santé publique.²⁰ Dans des pays comme la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone,²¹ le kush a un impact sur la vie et la santé des jeunes.²²

En raison du manque d'interventions adéquates de réduction des risques nécessaires pour prévenir les décès par surdose, les pays sont mal préparés pour à faire face à toute augmentation de la consommation d'opioïdes ou à un approvisionnement en drogues

b UNAIDS considers gay men and other men who have sex with men, sex workers, trans and gender diverse people, people who inject drugs, and prisoners and other incarcerated people as the five main key population groups that are particularly vulnerable to HIV and frequently lack adequate access to services.

toxiques qui pourrait émerger. Par exemple, bien qu'il n'existe pas de données officielles sur la mortalité en Sierra Leone concernant les décès par surdose liés au kush, un médecin a déclaré à la BBC que « ces derniers mois », des centaines de jeunes hommes dans la capitale Freetown sont morts d'une défaillance d'organe causée par le kush.²³ Au Nigeria, l'Agence nationale d'application de la loi sur les drogues a annoncé en novembre 2022 qu'elle avait découvert des projets d'introduction de fentanyl sur le marché des drogues illicites du pays.²⁴ Compte tenu de la population croissante du Nigeria et des infrastructures de soins de santé déjà tendues en plus du manque de programmes adéquats d'intervention en cas de surdose, il est préoccupant que le pays soit particulièrement vulnérable si le fentanyl devenait plus courant sur le marché.²⁵

Malgré le nombre croissant de personnes qui injectent des drogues et les taux de prévalence élevés du VIH, du VHB et du VHC au sein de cette population, les interventions de réduction des risques telles que les NSP, TAO et naloxone à emporter restent inadéquates, même dans les pays où ces interventions sont offertes. Cela est dû en grande partie aux lois punitives sur le contrôle des drogues, aux financements limités²⁶ et à la fausse perception parmi les décideurs politiques et le public selon laquelle la réduction des risques encourage la consommation de drogues,²⁷ ce dont il n'existe aucune preuve. Un plus grand nombre de gouvernements de la région doivent envisager d'adopter une législation qui soutient explicitement la réduction des risques et fournir les ressources nécessaires pour mettre en œuvre une gamme

complète de services. Il est encourageant de constater que le Ghana et le Libéria s'engagent déjà dans cette direction. Cela est dû en grande partie au réseau ouest-africain sur les politiques en matière de drogues (WADPN) et à ses partenaires, qui ont dirigé les efforts de plaidoyer dans la région en faveur des droits de l'homme et des politiques en matière de drogues axées sur la santé publique, conduisant le Ghana²⁸ et le Libéria²⁹ à promulguer des lois soutenant explicitement la réduction des risques. Ces lois imposaient la création d'un fonds fiduciaire, avec une partie spécifique dédiée au financement des programmes de réduction des risques.

« L'investissement dans les programmes holistique de réduction des risques avec des services et interventions spécifiques sensibles aux genres sont nécessaires pour répondre aux besoins des femmes qui consomment et s'injectent des drogues. De tels programmes doivent envisager de créer des espaces dédiés dans lesquels les femmes se sentent en sécurité et respectées, libre de jugement et sans discrimination. Impliquer des femmes paires dans les programmes peut être un moyen efficace de cultiver la confiance et d'encourager la participation. »

PROBLÈME CLÉ

PÉRENNISATION SUR LE LONG TERME DES SERVICES

Un financement adéquat à long terme est essentiel à la pérennisation et à l'intensification des programmes de réduction des risques dans la région. Des niveaux de financement appropriés, basés sur des données précises et à jour sur la taille de la population, aboutissent à des programmes adéquats pour répondre aux besoins et aux objectifs de santé publique. Le financement destiné à l'expansion rapide de la prévention, du dépistage et du traitement du VIH dans les zones à forte prévalence du VIH a entraîné une réduction forte et constante des infections de VIH et des décès liés au sida. Nous devons tirer les leçons de cet exemple et intensifier les services de réduction des risques.³⁰ Il existe toutefois un manque substantiel de financement dans la réponse régionale au VIH. Une autre préoccupation majeure est la baisse du financement domestique de la lutte contre le VIH, qui était inférieur de 7 % en 2022 à celui de 2018.³¹

Les ressources totales liées à la lutte contre le VIH étaient inférieures de 8 % en 2022 à celles de 2021, et la réponse régionale reste fortement dépendante aux bailleurs extérieurs. Cela a eu un impact significatif sur la réduction des risques, car les bailleurs internationaux financent principalement ces services dans le cadre des activités de prévention du VIH.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme^{32,33}, l'Aide des États-Unis (USAID),³⁴ le Fonds Robert Carr³⁵ et le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) sont les principales organisations internationales qui financent les programmes de réduction des risques en Afrique de l'Ouest et centrale. Cependant, ces financements sont en baisse et ne suffisent pas à répondre aux besoins. Alors que le PEPFAR et l'USAID ont augmenté leurs contributions de 23% de 85%, respectivement, entre 2010 et 2020 à hauteur, les contributions des autres bailleurs internationaux ont diminué de 79%.³⁶ Le nombre total de bailleurs internationaux investissant dans la réduction des risques reste faible et le total des fonds investis par ces derniers diminue.³⁷ Garantir un financement national est une approche plus pérenne. Le sous-investissement des pays à revenu faible et intermédiaire dans leur réponse au VIH a contribué de manière significative à l'échec des objectifs mondiaux à atteindre pour 2020.³⁸ Cela explique en partie pourquoi la région n'a pas intensifié les NSP existants et pourquoi d'autres interventions vitales telles que l'accès aux TAO, les programmes de naloxone à emporter et les DCR restent inexistantes ou inadéquats.³⁹ De plus, la pandémie de COVID-19 et le ralentissement économique qui l'accompagne, le manque de ressources gouvernementales ou d'autres ressources nationales a rendu un environnement de financement déjà difficile encore plus éprouvant.⁴⁰ À l'échelle mondiale, les gouvernements dépensent 750 fois plus de ressources pour faire appliquer des lois punitives et inefficaces sur le contrôle des drogues qu'ils n'en consacrent aux programmes de réduction des risques.⁴¹

Cet écart de financement entrave non seulement l'intensification des programmes de réduction des risques, mais restreint également le plaidoyer en faveur de la réduction des risques et des droits de l'homme. Cela impose également un fardeau financier aux personnes qui consomment des drogues et à leurs familles, les obligeant à payer l'accès aux services de réduction des risques.⁴² Ce fardeau économique varie selon les pays. Par exemple, au Ghana, les centres de réadaptation résidentiels privés facturent jusqu'à 3 000 Ghc (200 USD) par mois, tandis qu'un centre non résidentiel coûte en moyenne 1 500 Ghc (100 USD) par mois.

Une dépendance excessive à l'égard du financement externe pour les programmes de santé publique peut entraîner une mauvaise programmation. Par exemple, le ministère fédéral de la Santé du Nigeria a acheté une grande quantité de méthadone dans le cadre du programme Drug Revolving Fund. Cependant, alors que le ministère recherchait des investissements de la part de financeurs pour soutenir la mise en œuvre d'un programme TAO, les traitements ont expiré.⁴³ Autre exemple, la Commission de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a convenu avec le gouvernement de la Sierra Leone d'ouvrir le premier centre de traitement de la toxicomanie, réadaptation et de réduction des risques du pays. Le gouvernement a désigné comme site son seul hôpital universitaire psychiatrique, qui reçoit la plupart des références en matière de drogues, et l'a rénové en 2020 avec le soutien de Partners in Health et Handicap International afin qu'il puisse offrir ces services. Cependant, ces services n'ont pas encore commencé en raison des retards de financement de la CEDEAO.⁴⁴

Au Sénégal, alors que la consommation de drogues est toujours criminalisée, le gouvernement soutient le Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar, une clinique sans rendez-vous qui vise à freiner la propagation du VIH. Le fait que le centre ne dépende pas uniquement de bailleurs extérieurs pour son financement⁴⁵ explique en partie sa pérennité depuis 2014 et l'expansion de ses services. Le centre est passé du statut de premier centre de réduction des risques en Afrique de

l'Ouest et centrale à fournir de la méthadone à celui de centre de dépistage et de diagnostic du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite et organise également la distribution et l'accessibilité des préservatifs.⁴⁶

En juillet 2024, le Ghana a lancé son premier centre de réduction des risques (incluant un accueil sans rendez-vous) pour les personnes qui injectent des drogues et les personnes vivant avec le VIH, avec le soutien du Fonds Mondial. Il s'agit d'une opportunité pour le gouvernement d'investir des ressources domestiques dans le programme afin d'en assurer la pérennité.

La mobilisation des ressources externes et à l'intérieur du pays, ainsi que l'augmentation des budgets nationaux de santé et la priorité donnée au VIH, aux programmes destinés aux populations clés et aux services de réduction des risques dans le cadre de ces budgets seront essentielles à la pérennité des programmes de réduction des risques dans la région.

- 1 Harm Reduction International, (2022), *Regional Overview: West and Central Africa: The Global State of Harm Reduction 2022*, HRI, London.
- 2 Harm Reduction International, (2022), *The Global State of Harm Reduction 2022*, HRI, London.
- 3 Yomi, T.F., (2024), 'The Global State of Harm Reduction 2024 survey response'.
- 4 Habib, K.T., (2024) 'The Global State of Harm Reduction 2024 survey response'.
- 5 Aniedi, A.E., (2024), 'The Global State of Harm Reduction 2024 survey response'.
- 6 Yomi, T.F., (2024), 'The Global State of Harm Reduction 2024 survey response'.
- 7 Ediom-Ubong, N., (2024), *Policy Brief 20: Harm reduction programmes for people who inject drugs in Nigeria: Challenges in implementation and sustainability*, Global Drug Policy Observatory, Swansea.
- 8 Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, (2020), *SIERRA LEONE Mid-term Assessment Global Fund Breaking Down Barriers Initiative*, Global Fund, Geneva.
- 9 Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, (2022), *Global Fund - Mid-term Assessment Summary Report Global Fund Breaking Down Barriers Initiative*, Global Fund, Geneva.
- 10 Marshall, Z., et al., (2015), 'Peering into the literature: a systematic review of the roles of people who inject drugs in harm reduction initiatives', *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 151, 1-14.
- 11 National Council for Mental Wellbeing, (2024), *Integrating Peer Programs for People Who Use Drugs*, NCMW, Washington DC.
- 12 Harm Reduction International, (2022), *Regional Overview: West and Central Africa: The Global State of Harm Reduction 2022*, HRI, London.
- 13 Aidsfonds, (2022), *Policy brief Burkina Faso*, Aidsfonds, Amsterdam.
- 14 Harm Reduction International, (2023), *The Global State of Harm Reduction (2023) Update to Key Data*, HRI, London.
- 15 Harm Reduction International, (2022), *Regional Overview: West and Central Africa: The Global State of Harm Reduction 2022*, HRI, London.
- 16 Ediom-Ubong, N., (2024), *Policy Brief 20: Harm reduction programmes for people who inject drugs in Nigeria: Challenges in implementation and sustainability*, Global Drug Policy Observatory, Swansea.
- 17 Harm Reduction International, (2020), *Regional Overview Middle East and North Africa: The Global State of Harm Reduction 2020*, HRI, London.
- 18 Aidsfonds, (2022), *Policy brief Burkina Faso*, Aidsfonds, Amsterdam.
- 19 United Nations Office on Drugs and Crime, (26 June 2024), 'UNODC's World Drug Report 2024: Alarming diversification of local drug markets in Africa poses a growing public health crisis' [online media release, accessed September 2024], UNODC, Accra.
- 20 Ibid.
- 21 Bull-Luseni, P., (24 August 2023), 'KUSH: A Potential Threat to Sierra Leone's Human Capital Development Effort' [online article, accessed September 2024], WADPN, Ghana. Available from www.wadpn.org/post/kush-a-potential-threat-to-sierra-leone-s-human-capital-development-effort.
- 22 Cole, M., (15 January 2024), 'Kush: what is this dangerous new west African drug that supposedly contains human bones?' [online article, accessed September 2024], The Conversation, London. Available from <https://theconversation.com/kush-what-is-this-dangerous-new-west-african-drug-that-supposedly-contains-human-bones-220608>.
- 23 Umaru, F., (April 2024), 'Sierra Leone declares emergency over drug kush - made from human bones' [online article, accessed September 2024], BBC News, Freetown. Available from www.bbc.co.uk/news/world-africa-68742694.
- 24 Babafemi, F., (November 2022), 'Some Drugs Cartels Making Efforts to Introduce Fentanyl To Nigeria, Cause Mass Deaths- Anti-Narcotics Agency, NDLEA Warns' [online article, accessed September 2024], Sahara Reporters, New York. Available from <https://saharareporters.com/2022/11/08/some-drugs-cartels-making-efforts-introduce-fentanyl-nigeria-cause-mass-deaths-anti-0>.
- 25 Temidayo, A., (9 August 2023), 'Opinion: Bracing for a Fentanyl Crisis in Nigeria' [online article, accessed September 2024], Undark, Boston, MA. Available from <https://undark.org/2023/09/08/bracing-for-a-fentanyl-crisis-in-nigeria/>.
- 26 Economic Community of West African States, (2020), *Regional Strategy for HIV, Tuberculosis, Hepatitis B&C and Sexual and Reproductive Health and Rights among Key Populations*, ECOWAS, Lagos.
- 27 Harm Reduction International, (2022), *The Global State of Harm Reduction 2022*, HRI, London.
- 28 Maria-Goretti, A., (3 April 2020), 'Parliament of Ghana passes historic new drug law, paving the way for a West African approach' [online article, accessed September 2024], IDPC, London. Available from <https://idpc.net/blog/2020/04/parliament-of-ghana-passes-historic-new-drug-law-paving-the-way-for-a-west-african-approach>.
- 29 Front Page Africa, (17 July 2023), 'Liberia: President Weah Signs Controlled Drugs and Substances Bill into Law' [online article, accessed September 2024], Front Page Africa, Monrovia, Liberia. Available from <https://frontpageafricaonline.com/news/liberia-president-weah-signs-controlled-drugs-and-substances-bill-into-law/>.
- 30 UNAIDS, (2021), *DATA 2021*, UNAIDS, Geneva.
- 31 UNAIDS, (2023), *Regional Fact Sheet: West and Central Africa*, UNAIDS, Geneva.
- 32 The Global Fund Office of the Inspector General, (2019), *Global Fund – Advisory Report: Grant Implementation in Western and Central Africa*, Global Fund, Geneva.
- 33 AIDSPAN, (2024), *Undue influence. Harm reduction, Supreme Audit Institutions, Elderly living with HIV, Pandemics*, AIDSPAN, Nairobi.
- 34 UNAIDS, 'West and Central Africa' [web page, accessed September 2024], UNAIDS, Geneva. Available from www.unaids.org/en/keywords/west-and-central-africa.
- 35 Robert Carr Fund, 'West and Central Africa' [web page, accessed September 2024], RCF, Amsterdam. Available from <https://robertcarrfund.org/networks/regions/west-and-central-africa>.
- 36 UNAIDS, (2021), *DATA 2021*, UNAIDS, Geneva.
- 37 Harm Reduction International, (2024), *Failure to Fund: The Continued Crisis for Harm Reduction Funding*, HRI, London.
- 38 UNAIDS, (2021), *DATA 2021*, UNAIDS, Geneva.
- 39 Ediom-Ubong, N., (2024), *Policy Brief 20: Harm reduction programmes for people who inject drugs in Nigeria: Challenges in implementation and sustainability*, Global Drug Policy Observatory, Swansea.
- 40 Harm Reduction International, (2024), *Failure to Fund: The Continued Crisis for Harm Reduction Funding*, HRI, London.
- 41 Harm Reduction International, (2021), *Failure to Fund: The Continuing Crisis for Harm Reduction in Low- and Middle-Income Countries*, HRI, London.
- 42 Ibid.
- 43 Lyes, T. et al., (2023), *West Africa organised crime framework deep dive: New approaches to regulating drugs in West Africa: Exploring the impact of Ghana's drug policy reform*, Organised Crime: West African Response to Trafficking, UNDP Sub-Regional Hub for West and Central Africa, Dakar.
- 44 Ediom-Ubong, N., (2024), *Policy Brief 20: Harm reduction programmes for people who inject drugs in Nigeria: Challenges in implementation and sustainability*, Global Drug Policy Observatory, Swansea.
- 45 The State House Senegal, (June 2020), 'President Julius Maada Bio explains why massive investment in mental matters in present-day Sierra Leone' [online news article, accessed September 2024], The State House, Freetown. Available from <https://statehouse.gov.sl/president-julius-maada-bio-explains-why-massive-investment-in-mental-health-matters-in-present-day-sierra-leone/>.
- 46 Lyes, T. et al., (2023), *West Africa organised crime framework deep dive: New approaches to regulating drugs in West Africa: Exploring the impact of Ghana's drug policy reform*, Organised Crime: West African Response to Trafficking, UNDP Sub-Regional Hub for West and Central Africa, Dakar.
- 47 UNAIDS ,(4 May 2023), 'Leave no one behind and that includes people who use drugs' [online news article, accessed September 2024], UNAIDS, Geneva. Available from www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2023/may/20230504_senegal-cepiaid.
- 48 Kumordzi Tetteh, M., (11 July 2024), 'Ghana Gets its First Harm Reduction Centre (Drop-in Centre) for PWUD/PLHIV' [online news article, accessed September 2024], WADPN, Accra. Available from www.wadpn.org/post/ghana-gets-its-first-harm-reduction-centre-drop-in-centre-for-pwud.