

RAPPORT SUR LES POPULATIONS CLÉS



PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES



G

lobalement, les personnes qui consomment des drogues¹ (PWUD) restent stigmatisées et criminalisées, ce qui contribue à des disparités dévastatrices en termes de santé, y compris pour ce qui est des taux extrêmement élevés de TB, souvent combinée avec le VIH et l'hépatite virale. L'éventail de ces problèmes de santé et le manque criant de services de santé intégrant au même endroit des services de soin pour la TB, pour le VIH et de réduction des risques, contribuent largement à l'ampleur de la crise de la TB au sein des communautés de PWUD. Alors que les impacts de l'épidémie de TB sont plus durement ressentis dans les communautés PWUD en Europe de l'Est et en Asie Centrale, l'évidence émergente depuis le Sud et en Asie du Sud-Est ainsi qu'en Afrique subsaharienne suggère que ces problèmes sont désormais universels. Dans les pays où les épidémies de VIH sont concentrées parmi les PWUD et où les taux de TB et de TB multirésistante (MDR-TB) sont élevés, les exécutants des programmes et les gouvernements doivent prendre des mesures immédiates, en collaboration avec les réseaux mondiaux et régionaux de PWUD ainsi que des militants locaux. Ceci afin de concevoir des solutions qui renoncent aux approches répressives vis à vis de l'usage des drogues et qui, à la place, produisent des résultats efficaces et productifs. Les gouvernements d'autres endroits où les épidémies de TB parmi les PWUD n'en sont qu'à leur commencement doivent appliquer les mesures nécessaires pour engager ces communautés dans tous les aspects de la planification de l'intervention, de la prestation des services et de l'évaluation de son impact. Ce guide présente les principaux enjeux que sont l'accès à la prévention de la TB, le traitement et les soins pour les PWUD, et il fournit des recommandations pour l'action, doublées d'un plaidoyer pour les communautés, les gouvernements et les donateurs.

¹ Bien que les impacts de la TB soient mieux documentés parmi les personnes qui consomment des drogues injectables, en raison de la criminalisation généralisée et de la discrimination vécue par les personnes qui consomment des drogues en tant que groupe, ce guide est également pertinent pour les personnes ne s'en injectant pas.

Plan Mondial pour éliminer la TB et populations clés

Le Plan Mondial pour éliminer la TB présente les objectifs suivants à atteindre d'ici 2020, ou 2025 au plus tard. Le Plan fait référence aux personnes qui sont vulnérables, mal desservies ou à haut risque de contamination par la TB («populations clés») et fournit des modèles pour les formules d'investissement qui permettront aux différents pays d'atteindre les objectifs 90-(90)-90. Le Plan suggère aussi que tous les pays :

Atteindre au moins



Dans le cadre de cette approche, atteindre au moins



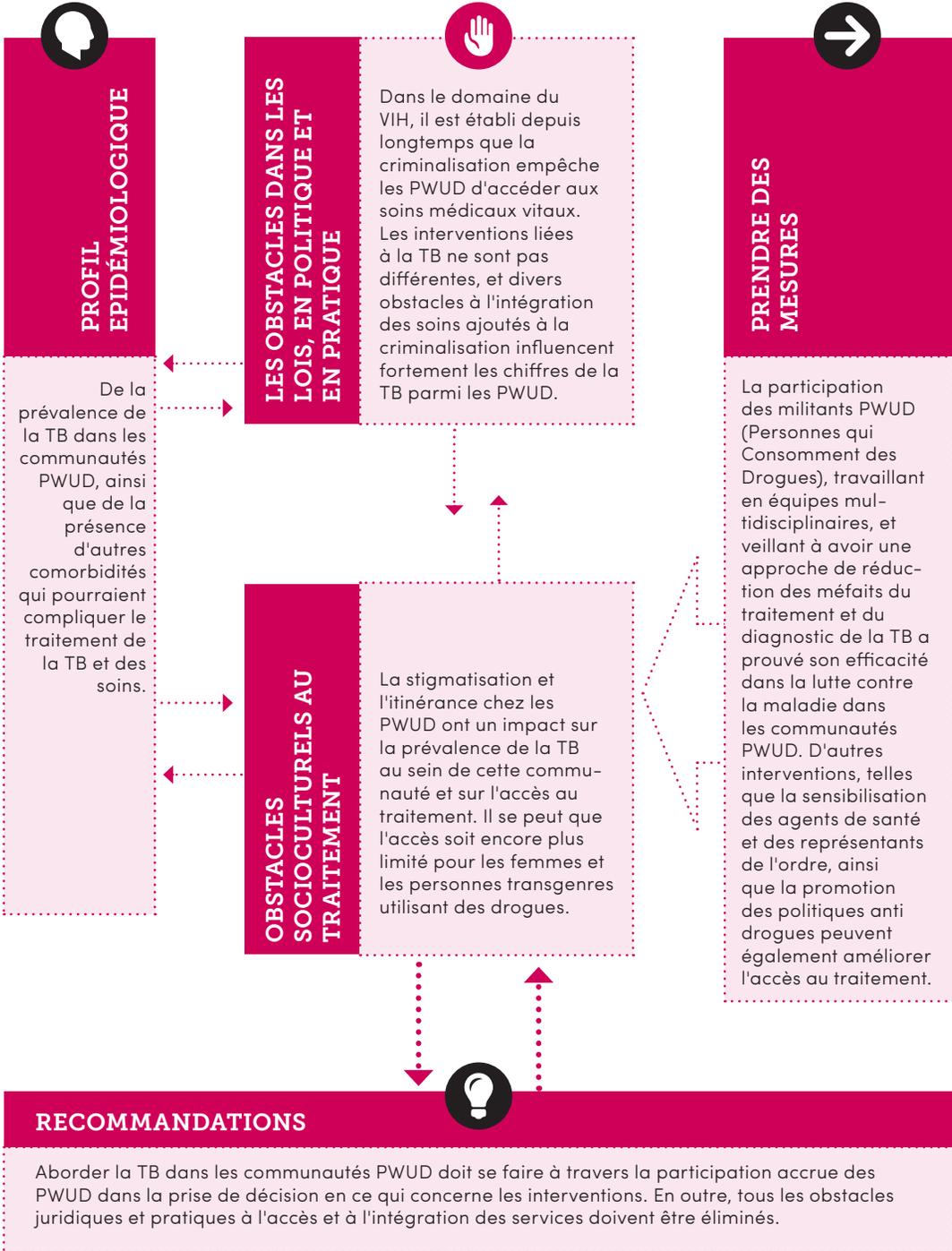
Atteindre un niveau d'au moins



- Identifient leurs populations clés aux niveaux national et infranational selon les estimations des risques encourus, la taille de la population, des obstacles particuliers liés à l'accès aux soins de la TB et les défis liés au genre ;
- Définissent un objectif opérationnel d'atteindre au moins 90 % des personnes dans les populations clés grâce à l'amélioration de l'accès aux services, au dépistage systématique si nécessaire, à de nouvelles méthodes de dépistage et à l'approvisionnement d'un traitement efficace et abordable pour toutes les personnes dans le besoin. Pour les PWUD vivant avec le VIH, la fourniture d'un traitement préventif à l'isoniazide (IPT) est la méthode la plus efficace s'agissant de prévention de la TB (1,2). L'OMS recommande que les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) reçoivent au moins six mois d'IPT à titre de prise en charge partielle de leur soin contre le VIH. En dépit de cette recommandation de longue date, moins de 25 % des PVVIH qui sont pris en charge reçoivent ce traitement (1) ;
- Tiennent des rapports sur les progrès par rapport à la TB en utilisant des données ventilées par population clé, sans soumettre la population en question à un examen supplémentaire, et mettent en pratique des interventions fondées sur les droits et équitables entre les sexes ;
- Assurent la participation active des populations clés dans la conception, la prestation, l'évaluation des services et dans les soins contre la TB dans un environnement salubre.

Ce guide utilise les recommandations ci-dessus pour décrire les risques, discuter des stratégies pour améliorer l'accès, et mettre en évidence les possibilités de participation des PWUD à tous les stades de l'élaboration du programme, de la prestation des services et de l'évaluation.

Qu'y-a-t-il dans ce guide ?





Profil Epidémiologique

Indépendamment de leur statut VIH, les PWUD ont tendance à avoir des taux de TB plus élevés et une prévalence de l'infection tuberculeuse latente (ITL) plus répandue (3–5). Le VIH augmente la probabilité de contracter la TB dans les communautés de PWUD. Des personnes séropositives qui s'injectent des drogues (PWID), leur chance de développer la maladie de la TB est de deux à six fois plus grandes que pour les non-consommateurs séropositifs (3,6,7). L'incapacité d'accéder à un traitement antituberculeux en temps opportun, combinée avec la prévalence accrue de l'ITL dans les communautés de PWUD, peut contribuer à la haute fréquence et à la gravité de la TB et de foyers de TB-MR au sein de cette population (3). Les pratiques à risque de consommation de drogues (comme l'inhalation du crack, de la cocaïne et d'autres substances, et exhaler directement dans la bouche d'une autre personne) et / ou des circonstances environnementales défavorables (telles que la promiscuité, les espaces d'injection mal ventilés) peuvent également contribuer à l'apparition de foyers de TB (3).

En 2013, 27 millions de personnes dans le monde consommaient des drogues et 12,2 millions d'entre elles s'en injectaient (8). Le plus grand nombre de personnes consommant des drogues injectables se trouve en Europe du Sud-Est et de l'Est (8). La criminalisation de la consommation de drogue et les défis qui en résultent pour avoir accès à un matériel d'injection stérile conduisent au partage d'aiguilles et de seringues entre PWID, ce qui augmente le risque de VIH et par extension accroît leur vulnérabilité à la TB. La criminalisation rend également tous les PWUD plus vulnérables à la TB du fait des expériences avec la prison et les établissements de détention, où l'on observe que le risque de contracter la TB est 23 fois plus élevé que dans la population générale (9). Les PWUD sont éga-

lement sensibles à l'hépatite C et B (10). Cette combinaison de disparités en termes de santé, additionnée aux multiples obstacles du système de santé, qu'ils soient juridiques, logistiques, ou au traitement, et renforcée par la criminalisation généralisée et la stigmatisation des PWUD, fait que traiter la TB chez ces populations est extrêmement compliqué. Parmi les personnes atteintes de TB qui consomment aussi des drogues, au moins une personne sur trois aura le VIH, et deux sur trois auront des anticorps à l'hépatite C (VHC), ce qui rend l'intégration et la coordination des services cruciales pour la réussite du traitement (11,12). Les impacts des épidémies combinées du VIH et de la TB sur les communautés de PWUD sont particulièrement notables en Europe de l'Est et en Asie centrale. Dans ces régions, le traitement de substitution aux opiacés (TSO) – qui est une intervention recommandée par l'OMS / l'ONUSIDA / l'ONUSIDA pour soutenir et améliorer l'observance du traitement du VIH et / ou de la TB – n'est toujours pas disponible à grande échelle ; en outre, les cas de VIH parmi les PWUD continuent d'augmenter, et les taux de MDR-TB sont parmi les plus élevés dans le monde (13). La preuve est en train d'émerger que des problèmes similaires pourraient avoir une incidence sur les PWUD dans d'autres régions (14,15).



Les obstacles dans les lois, en politique et en pratique



Criminalisation et mépris pour les droits fondamentaux des personnes qui consomment des drogues

Les facteurs environnementaux, en particulier les lois et les politiques restrictives, ont un impact profond sur le comportement visant à se soigner parmi les populations vulnérables (16,17). Lors de l'examen des obstacles au diagnostic et au traitement contre la TB parmi les PWUD, la question de la criminalisation devrait primer. En dépit des recommandations de plusieurs organismes internationaux (y compris l'OMS, le PNUD, l'ONUSIDA, le HCR et l'ONU Femmes) appelant à une révision des politiques de drogues répressives afin d'inverser leur impact négatif sur la santé, les droits humains et le développement (17-23), les pays continuent d'instituer des peines sévères pour les PWUD et de réprimander la possession de drogue pour usage personnel. Un papier du Bureau des Nations Unies en 2015 Contre la Drogues et le Crime (ONUDC) proposait la dépénalisation de la possession de drogue pour consommation personnelle ; cependant, la proposition a été retirée par l'agence en raison de la pression des pays membres de l'ONU (24), mettant une nouvelle fois en évidence le défi que représente l'idée de briser le statu quo des politiques répressives à l'égard des drogues.

En plus de l'incarcération d'un nombre disproportionné de PWUD dans le monde entier – ce qui soumet ainsi cette même population à un risque accru de contracter le VIH, le VHC et la TB ou la TB-MR, et des retards ou des interruptions de traitement –, les politiques répressives et la criminalisation des drogues conduit également à intensifier le mépris des droits de l'homme pour les PWUD, le harcèlement et la violence généralisée par la police, ainsi que la stigmatisation sociale (17,18). Que ce soit dans les cellules policières, ou dans les milieux de la santé, la criminalisation se traduit par la discrimination contre les PWUD, par refus de soins et de traitement, et par d'autres pratiques qui peuvent être qualifiées de traitements cruels, inhumains et dégradants, tels que la privation du droit de rétractation lors des interrogatoires ou pendant la détention avant le procès (25). Ces pratiques sont largement tolérées et même soutenues par les gouvernements, les systèmes de santé et les sociétés en général, puisque les PWUD sont souvent considérées comme des êtres humains inférieurs (17). Cependant, traiter toutes les disparités de santé, y compris la TB certes très contagieuse mais tout de même coercible, est impossible sans la participation des communautés de PWUD et sans reconnaître leurs droits fondamentaux à la santé, à la dignité et à la vie. Reconnaître que les PWUD, en tant qu'individus et en tant que groupe, doivent prendre en charge leur propre santé, tout en leur assurant l'accès aux services et le soutien nécessaires, voilà la seule voie à suivre pour juguler la TB au sein de cette population.



Restrictions, manques ou refus de prestation de traitement intégrée

La recherche et la pratique ont mis en lumière les nombreux défis pour un diagnostic et un traitement de la TB réussi, parmi les PWUD. Plus précisément, le manque de suivi par le biais d'examen médicaux et de référents (26–29) et l'observance insuffisante du traitement (28,30,31) ont souvent été cités comme les principaux obstacles. Cependant, la racine du problème s'agissant du diagnostic et du traitement contre la TB chez les PWUD se trouve soit dans le manque d'intégration entre les différents services médicaux et de santé publique qui devraient être mis à leur disposition, soit dans le refus de leur fournir de tels services.

Étant donné que les PWUD atteintes de TB présentent aussi fréquemment d'autres pathologies, y compris le VIH et le VHC, il est essentiel que la prestation des services de santé pour ces populations se fasse en un seul et même endroit (12,32). Cependant, il existe de multiples restrictions à l'intégration des services. Par exemple, l'OST, que l'on considère comme la référence absolue pour ce qui est du traitement des PWUD atteintes de TB et / ou vivant avec le VIH (12), est très rarement disponible dans les installations traitant le VIH et la TB (33,34), étant donné que ces installations sont limitées en termes de prescription de substances narcotiques. Les centres de santé qui offrent des soins contre le VIH et la TB peuvent être déconnectés géographiquement et ne pas parvenir à coopérer lorsque chargés de traiter des patients nécessitant de multiples interventions (11,33–36). En outre, les approches de traitement de la TB qui néces-

sitent de longs séjours à l'hôpital sont encore pratiquées dans certaines régions du monde ; sans accès à l'OST dans ces hôpitaux, et sous réserve de mauvais contrôle de l'infection et de personnel non impliqué, les PWUD sont abandonnées à elles-mêmes, et abandonnent souvent leur traitement qui est mal géré (34,35). De même, les programmes de réduction des risques les plus ambitieux et les plus étroitement intriqués (et parfois même gérés par) les communautés de PWUD, ne peuvent pas mettre en œuvre des tests et des traitements contre la TB à moins qu'ils ne soient affiliés à des établissements médicaux et de santé. Bien que certains progrès aient été accomplis en termes d'efforts visant à intégrer le VIH, la TB, la réduction des risques, le traitement médicamenteux et les services VHC pour les PWUD, ces interventions ont rarement été systématiques. Bien que l'OMS ait produit des lignes directrices spécifiques s'agissant de l'approvisionnement collaboratif des services de lutte contre le VIH et la TB chez les PWUD en 2008 (12), il y a encore beaucoup de travail à effectuer. Cela passe par une révision immédiate des politiques et des pratiques qui bloquent l'accès aux services de diagnostic et de traitements antituberculeux salvateurs pour les populations de PWUD. En outre, compte tenu des possibilités offertes d'un traitement au sein de la communauté et à la maison, le traitement de la TB qui favorise le confinement à long terme et la détention involontaire, particulièrement impropres aux PWUD actives, n'est plus acceptable (37–39).

Obstacles socioculturels au traitement



Stigmatisation et violations du cadre de santé

La stigmatisation contre les PWUD a été bien documentée. Des recherches ont démontré l'impact de cette stigmatisation sur le retard dans le traitement du VIH et qu'elle causait même le déni chez les PWUD (34,40,41). Les médecins en situation de ressources limitées font souvent référence à la mauvaise observance du traitement chez les PWUD, au moment de décider si oui ou non il faut commencer la prescription des médicaments antirétroviraux coûteux. Un démarrage tardif du traitement antirétroviral (ART) conduit à un risque excessif de contracter la TB chez les PWUD vivant avec le VIH. En outre, les PWUD qui vivent avec le VIH et la TB et qui tentent de démarrer un ART peuvent d'abord être soumises à un traitement anti TB ou de désintoxication (34). Ce préalable crée un cercle vicieux de mauvais soins de santé, qui illustre au final un énorme mépris pour la vie humaine. Les PWUD non atteintes par le VIH font face à des problèmes similaires, étant donné que les institutions médicales et les travailleurs de la santé sont peu incités à assurer l'observance de traitements anti TB à long terme chez leurs patients PWUD. Une forme d'apathie de la part des fournisseurs de santé envers les PWUD a été notée dans les pays développés dans le milieu des années 1990, lorsque les problèmes de VIH et de TB étaient très courants parmi cette population (42,43) ; ces attitudes sont désormais monnaie courante ailleurs (40). Le refus ou le retard de traitement et de soins contre le VIH et la TB à destination des PWUD, facilité par les institutions médicales, doit être stoppé immédiatement, comme doit l'être la croyance auprès des fournisseurs que la TB et la toxicomanie sont trop difficiles à gérer ensemble (31). Cela peut être contré par des pratiques efficaces connues pour le traitement de la TB parmi les PWUD.

Manque de connaissances / confusion des messages de prévention

Il est prouvé qu'en dépit du fait qu'ils aient conscience de leur risque accru de contracter la TB(44), qu'ils comprennent aussi que le VIH accroît également ce risque (45) et qu'ils réalisent que la TB est curable (45,46), les PWUD sont moins conscientes du fait que la TB se transmet par la toux (44,47) ou que les individus peuvent devenir résistants aux médicaments antituberculeux (44). Ce manque de compréhension globale des risques liés à la TB et la confusion des messages de prévention (par exemple, une étude a montré que les PWUD pensaient que la TB pouvait être empêchée en passant leur matériel d'injection à la javel ou en utilisant des préservatifs (47)) peuvent entraîner des retards dans la recherche de soins.

Sexe

Alors que plus d'hommes que de femmes contractent la TB, les femmes peuvent rencontrer d'autres obstacles spécifiques à leur sexe, qui les empêchent d'avoir accès au traitement et au soin. Les femmes qui consomment des drogues font face à des défis supplémentaires pour accéder aux services dédiés aux PWUD, tels que la réduction des risques, et les services de santé en général. Cela est peut être dû à cette «couche» supplémentaire de stigmatisation et de discrimination qui leur est imposée, ainsi qu'au manque de considération quant à leurs besoins spécifiques, lors de la conception des services (48,49). Dans le domaine de la TB, les femmes doivent faire face à un accès au diagnostic et au traitement de la TB réduits. De ce fait, il est important de développer des stratégies spécifiques pour traiter la TB, et potentiellement la TB et le VIH en coinfection, chez les femmes des communautés de PWUD.



Sans-abri, pauvreté, peur de la police, et incarcération

Des taux élevés d'itinérance et / ou de conditions de vie et économiques instables (17,50) sont fréquemment observés chez les PWUD. Ces facteurs rendent les PWUD plus sensibles à la TB et plus vulnérables au harcèlement de la police, ce qui peut entraîner une incarcération et donc un risque accru de contracter la TB en prison. La peur de la police parmi les PWUD a été associée à des comportements à risque avec le VIH et au non recours aux soins de santé, car les PWUD craignent que toute interaction avec les systèmes de services sociaux et de santé formels donne à la police l'opportunité de leur faire des problèmes ou de les arrêter (16,51). Les représentants de la force publique peuvent cibler les PWUD pour diverses raisons ; même dans les endroits où la possession de drogues pour usage personnel n'est pas criminalisée, la possession de seringues, l'intrusion et le vagabondage pourraient être des motifs d'arrestation. Ces politiques et ces pratiques constituent des obstacles pour les PWUD afin d'accéder à la santé et à d'autres services. Par conséquent, il est impératif de travailler avec les membres des autorités d'application des lois afin de les sensibiliser à l'impact de leurs actions de santé publique et de faire d'eux des agents du changement positif. Des résultats positifs ont été obtenus lorsque les organisations de la société civile et les autorités de santé publique ont travaillé avec la police sur la prévention du VIH dans certaines localités (52–55).

Difficulté à observer le traitement et traitement préventif de la TB sous sa forme latente (ITL)

En raison de ces multiples obstacles à l'accès aux soins, les PWUD ont généralement des taux inférieurs d'observance du traitement de la TB que les populations qui ne consomment pas de drogues. Le traitement de l'ITL avec IPT grâce à des techniques qui utilisent des traitements observés directement ou des traitements validés s'est montré efficace chez les PWUD et dans la réduction de la transmission dans ces communautés PWUD.

Retard dans la recherche de traitement et malnutrition

Bien que la stigmatisation ainsi que tout l'éventail d'autres facteurs décrits ci-dessus jouent sur le retard dans la recherche de traitement chez les PWUD, des preuves montrent que les opiacés, utilisés comme antitussifs, rendent l'identification des symptômes de la TB plus difficile à faire pour les patients PWUD et OST (3,15). Les personnes qui utilisent des drogues de qualité pharmaceutique contenant des opiacés peuvent également être sensibles à ce retard dans l'autodiagnostic et dans la recherche de traitement. Les consommateurs de drogues à inhaler courent également un risque accru de contracter la TB ; cependant, comme ils font face à toute une série d'autres affections respiratoires telles que la bronchite, l'asthme et autres (56), il se peut qu'ils n'identifient pas facilement le besoin de traiter la TB. De tels retards, bien sûr, peuvent conduire à des taux de transmission de TB accrus au sein des communautés de PWUD, à une forme plus grave de la maladie et à une hausse de la mortalité(57–59). Ainsi, l'éducation au sein des communautés de PWUD, doublée d'une attention particulière par les médecins de l'OST, peuvent ensemble contribuer à réduire ces retards. En plus des retards dans la recherche de traitement, la malnutrition qui est associée à la consommation de drogues (60), mais rarement abordée dans les interventions destinées aux PWUD, peut avoir un effet dissuasif tant sur l'observance que sur l'efficacité du traitement de la TB. Ainsi, tout doit être pris en considération pour garantir que les PWUD reçoivent une nutrition convenable au cours du traitement.

Prendre des mesures



Impliquer les communautés PWUD

Dans les pays où des approches réussies d'intégration des soins de la TB dans la prévention du VIH et des programmes de traitement des PWUD ont été testées, les communautés de PWUD ont été impliquées dans le processus de prise de décision en ce qui concerne la conception, la prestation et l'évaluation du programme. Les interventions suivantes ont été couronnées de succès grâce à l'énergie et à l'implication des communautés de PWUD dans la prestation des soins contre la TB :

- Plaidoyer pour des doses à emporter d'OST qui peuvent être livrées aux PWUD recevant un traitement antituberculeux à domicile ou dans des installations de traitement anti-TB à long terme (61)² ;
- Traiter la TB en accompagnant le patient et l'ART sur les sites de réduction des risques et de sensibilisation de rue (33) ;
- Des PWUD travaillant aux côtés des médecins afin de recueillir des échantillons d'expectoration dans les endroits où d'autres PWUD acceptent d'être rencontrées(39).

Ces exemples démontrent que, dans la perspective de développer les solutions les plus efficaces pour la prévention de la TB, le diagnostic, la prestation et les soins, et pour atteindre les résultats souhaités, les communautés de PWUD doivent être impliquées.

Engager des équipes multidisciplinaires pour fournir une gestion des cas efficace

Des équipes multidisciplinaires qui incluent les travailleurs de la réduction des risques (généralement représentés par des membres de la communauté des PWUD), les médecins en lien avec la TB, la toxicomanie ou le VIH et les travailleurs sociaux, sont les plus efficaces pour intégrer les PWUD dans le processus de soin contre la TB, la toxicomanie et le VIH(33). Les interventions qui affichent une gestion efficace des cas ne sont pas nécessairement excessives ou coûteuses, mais nécessitent une collaboration et une coordination étroites entre toutes les parties concernées. En outre, l'avènement de mHealth pourrait rendre ces interventions moins coûteuses en termes de temps, plus efficaces et plus facilement ciblées vers les personnes qui luttent le plus avec l'observance. La gestion des cas via des interventions mHealth peut aider les PWUD à mieux observer l'ART pour lutter contre le VIH (62,63). Les interventions mHealth ont également montré des résultats positifs dans l'augmentation de l'observance du traitement de la TB (64). En outre, les interventions mHealth peuvent aider à réduire les coûts. L'engagement des travailleurs de proximité et le soutien de ces derniers, notamment via le conseil, sont également cruciaux pour une campagne de traitement de la TB réussie chez les PWUD. Néanmoins, il est important que ces travailleurs de proximité, ces conseillers, comprennent clairement les modalités de prévention de la TB afin de ne pas s'exposer eux-mêmes à des risques supplémentaires.

² Grâce à l'action de l'ASTAU (association de défense des traitements de substitution en Ukraine), pouvoir emporter chez soi des doses de méthadone et de buprénorphine est devenu chose possible dans le pays. Les OST peuvent également être poursuivies au cours de l'hospitalisation à long terme pour un traitement de la TB.



Appliquer les principes de réduction des risques pour le traitement et le contrôle de la TB

Le modèle de réduction des risques est centré sur le client et repose sur le principe de la prestation de services en fonction du besoin, à savoir, rencontrer les PWUD là où elles sont. Alors que certaines PWUD peuvent être ouvertes à l'idée d'un traitement de substitution au cours de la période de démarrage du traitement contre la TB, d'autres peuvent ne pas l'être. Alors que certaines PWUD participeront à des réunions de groupes de pairs et à des programmes d'échange de seringues où elles pourront également recevoir un traitement quotidien contre la TB et / ou le VIH, d'autres ne le feront pas pour toute une variété de raisons. Par conséquent, il est essentiel de développer des interventions qui engageront les PWUD de la manière la plus efficace possible. L'expérience mondiale a montré que les interventions qui impliquent les PWUD par la sensibilisation via la rue ou par l'intermédiaire des centres communautaires sont les plus efficaces pour

faciliter l'observance du traitement (39,65–67). D'autres interventions ayant engagé de petites incitations financières et un soutien nutritionnel ont également fait leurs preuves (68).

Formation et sensibilisation pour les représentants des forces de l'ordre et les agents de santé

La violence et le harcèlement dont les PWUD font l'expérience lors de l'interaction avec les représentants des forces de l'ordre poussent très largement les PWUD à ne pas participer à une recherche active de bonne santé (17,69). Sensibiliser la police à la prévention et aux programmes de réduction des risques s'agissant du VIH a été une stratégie efficace pour impliquer les personnes chargées de l'application des lois dans l'élargissement de l'accès aux services de prévention du VIH (52,54,69). Une collaboration plus étroite avec la police afin de relever les défis de l'accès aux services de soin contre la TB parmi ce groupe, pourrait apporter des résultats tout aussi positifs.

Recommandations



Bien que ces recommandations constituent les grandes lignes d'action pour tout un éventail d'intervenants clés, d'autres, y compris les Agences de l'ONU et les coopératives locales et mondiales de travailleurs de la santé, devraient prendre note et évaluer leur potentiel en termes d'amélioration de la prévention, de traitement et de soins de la TB, pour les PWUD.

Société Civile	Réseaux de PWUD	Gouvernements	Donateurs/trices
<p>Promouvoir l'engagement communautaire et des PWUD dans la planification du programme de TB national, régional et local ; défendre l'intégration des services ;</p>	<p>Engager le combat avec le VIH, la TB, le contrôle des drogues et les organismes de prévention au niveau local et national afin de planifier les meilleures interventions et stratégies afin d'accroître l'accès des PWUD à la prévention, au traitement et au soin de la TB ;</p>	<p>Veiller à ce que le VIH, la TB, le contrôle des drogues et les organismes de prévention au niveau local et national a) travaillent en collaboration avec les communautés de PWUD pour concevoir des interventions et b) travaillent conjointement sur l'élaboration et le déploiement des interventions de lutte contre la TB chez les PWUD ;</p>	<p>Mettre les fonds à disposition et promouvoir les interventions qui nécessitent l'intégration de services pour les PWUD, ainsi que de nouvelles technologies pour le diagnostic, le traitement, et des interventions novatrices pour la prestation de services et l'observance du traitement jusqu'à son terme ;</p>
<p>Travailler avec activistes communautaires des PWUD pour élargir les connaissances au sujet de la TB parmi cette population ;</p>	<p>Assurer un socle de connaissance quant à la transmission de la TB et au risque encouru au sein des communautés de PWUD ; chercher des solutions simples pour la prévention et le contrôle de la TB dans les lieux où se rencontrent les PWUD (par exemple, garder les fenêtres ouvertes, avoir une bonne ventilation, éviter toute surpopulation, couvrir les toux et rappeler à tout le monde de se laver les mains) ;</p>	<p>Éliminer les obstacles pratiques à des soins intégrés pour les PWUD en élargissant l'accès à l'OST dans les soins contre la TB et travailler avec les services de réduction des risques pour intégrer la prévention, le diagnostic et le traitement de la TB dans leur fonctionnement ;</p>	<p>Financer la collaboration avec la société civile, les réseaux de PWUD et les représentants gouvernementaux ; diffuser des informations traitant de connaissances efficaces et des campagnes de sensibilisation à la TB ;</p>



Société Civile	Réseaux de PWUD	Gouvernements	Donateurs/trices
Plaider pour éliminer tous les obstacles juridiques interdisant l'accès des PWUD à la prévention, au traitement et aux soins contre la TB ;	Documenter l'impact de la TB sur les communautés de PWUD, y compris les obstacles juridiques, les refus de soins et le manque d'intégration de ces derniers ; plaider pour l'élimination des obstacles juridiques ;	Éliminer les obstacles juridiques aux soins intégrés pour les PWUD ; cesser de poursuivre les PWUD pour des infractions mineures dans la perspective d'élargir l'accès aux soins de santé ;	Promouvoir et financer des interventions qui présentent des solutions pratiques et juridiques pour éliminer les obstacles à l'intégration des soins ; promouvoir des interventions rentables susceptibles de provoquer le plus grand changement ;
Plaider contre la stigmatisation et promouvoir la sensibilisation sur les dangers de la stigmatisation et des poursuites contre les PWUD au sein même des travailleurs de la santé et des fonctionnaires de police.	Promouvoir l'éducation des travailleurs de la santé et assurer la formation au niveau local et national afin de faire progresser les approches sans stigmatisation et adaptées dans l'objectif d'engager efficacement les PWUD dans le traitement et les soins contre la TB ;	Répondre aux recommandations des communautés de PWUD ; éliminer les obstacles juridiques au traitement et aux soins contre la TB pour les PWUD ; soutenir la formation des professionnels des soins de santé pour travailler avec les PWUD ;	Financer la participation des réseaux PWUD au niveau mondial, régional et national dans le but de mieux faire connaître les violations/manquements dans les soins de santé anti-TB, et de promouvoir le respect de la dignité humaine et de la vie dans les interventions soutenues ;
	Plaider pour une formation des fonctionnaires chargés de l'application de la loi qui informe la police sur les risques liés à la TB chez les PWUD.	Créer des politiques qui facilitent la sensibilisation et la collaboration de la police vis à vis de l'accès aux services de santé publique pour les PWUD.	Soutenir les programmes qui impliquent des fonctionnaires de police dans le soutien plutôt que d'interrompre les interventions de santé publique pour les PWUD.

Références

1. The three I's for TB/HIV: isoniazid preventive therapy (IPT). Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hiv/topics/tb/3is_ipt/en/), visité le 18 février 2016).
2. van Halsema CL, Fielding KL, Chihota VN, Russell EC, Lewis JJ, Churchyard GJ, et al. Tuberculosis outcomes and drug susceptibility in individuals exposed to isoniazid preventive therapy in a high HIV prevalence setting. *AIDS*. 2010;24(7):1051–5.
3. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and drug use: review and update. *Clin Infect Dis*. 2009;48(1) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110742/>), visité le 12 octobre 2015).
4. Markowitz N, Hansen NI, Wilcosky TC, Hopewell PC, Glassroth J, Kvale PA, et al. Tuberculin and anergy testing in HIV-seropositive and HIV-seronegative persons. Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group. *Ann Intern Med*. 1993;119(3):185–93.
5. Mathur ML, Chaudhary RC. Increased risk of tuberculosis in opium addicts. *Indian J Med Sci*. 1996;50(10):365–7.
6. Friedland G. Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55 Suppl 1:S37–42.
7. Taarnhøj GA, Engsig FN, Ravn P, Johansen IS, Larsen CS, Røge B, et al. Incidence, risk factors and mortality of tuberculosis in Danish HIV patients 1995–2007. *BMC Pulm Med*. 2011;11:26.
8. World drug report 2015: use of drugs. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2015 (http://public.tableau.com/views/WDR2015-Useofdrugs/Preview?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=yes&:display_spinner=yes&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:showVizHome=no&:showTabs=y&:loadOrderID=0), visité le 30 octobre 2015).
9. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Med*. 2010;7(12):e1000381.
10. Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *Am J Public Health*. 1996;86(5):655–61.
11. Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012;7(4):345–53.
12. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321185/>), visité le 15 octobre 2015).
13. Grenfell P, Baptista Leite R, Garfein R, de Lussigny S, Platt L, Rhodes T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*. 2013;129(3):180–209.
14. Stone KA. Reviewing harm reduction for people who inject drugs in Asia: the necessity for growth. *Harm Reduct J*. 2015;12(1):32.
15. Smart T. TB-HIV news from the 44th Union World Conference on Lung Health. *HIV & AIDS Treatment in Practice*. 2014;208 (<http://www.aidsmap.com/TB-HIV-news-from-the-44th-Union-World-Conference-on-Lung-Health/page/2831777>), visité le 15 octobre 2015).
16. Burris S, Blankenship KM, Donoghoe M, Sherman S, Vernick JS, Case P, et al. Addressing the “risk environment” for injection drug users: the mysterious case of the missing cop. *Milbank Q*. 2004;82(1):125–56.
17. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law: risks, rights and health. New York: United Nations Development Programme; 2012 (<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>), visité le 13 octobre 2015).
18. Taking control: pathways to drug policies that work. Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy; 2014 (<http://www.gcdpsummary2014.com/>), visité le 16 octobre 2015).
19. Addressing the development dimensions of drug policy. New York: United Nations Development Programme; 2015 (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>), visité le 17 octobre 2015).
20. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>), visité le 13 octobre 2015).
21. A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes: UN Women policy brief. UN Task Force on Transnational Organized Crime and Drug Trafficking as Threats to Security and Stability; 2014 (https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf), visité le 18 février 2016).
22. A public health and rights approach to drugs. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/JC2803_drugs), visité le 18 février 2016).
23. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). United Nations High Commissioner for Human Rights urges governments to support decriminalisation and harm reduction. International Drug Policy Consortium. 23 octobre 2015. (<http://idpc.net/alerts/2015/10/united-nations-high-commissioner-for-human-rights-exhorts-governments-to-support-decriminalisation-and-harm-reduction>), visité le 18 février 2016).

24. Easton M. UN attempt to decriminalise drugs foiled. BBC News. 19 octobre 2015 (<http://www.bbc.com/news/uk-34571609>, visité le 30 octobre 2015).
25. Méndez JE. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations Human Rights Council; 2013 (<http://www.refworld.org/docid/51136ae62.html>, visité le 17 octobre 2015).
26. Rusen ID, Yuan L, Millson ME. Prevalence of Mycobacterium tuberculosis infection among injection drug users in Toronto. *Can Med Assoc J*. 1999;160(6):799–802.
27. Brassard P, Bruneau J, Schwartzman K, Sénécal M, Menzies D. Yield of tuberculin screening among injection drug users. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004;8(8):988–93.
28. Pilote L, Tulsy JP, Zolopa AR, Hahn JA, Schecter GF, Moss AR. Tuberculosis prophylaxis in the homeless: a trial to improve adherence to referral. *Arch Intern Med*. 1996;156(2):161–5.
29. Story A, Murad S, Roberts W, Verheyen M, Hayward AC, London Tuberculosis Nurses Network. Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. *Thorax*. 2007;62(8):667–71.
30. Pablos-Méndez A, Knirsch CA, Barr RG, Lerner BH, Frieden TR. Nonadherence in tuberculosis treatment: predictors and consequences in New York City. *Am J Med*. 1997;102(2):164–70.
31. Gelmanova IY, Keshavjee S, Golubchikova VT, Berezina VI, Strelis AK, Yanova GV, et al. Barriers to successful tuberculosis treatment in Toms, Russian Federation: non-adherence, default and the acquisition of multidrug resistance. *Bull World Health Organ*. 2007;85(9):649–732 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-038331/en/>, visité le 15 octobre 2015).
32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep*. 2012;61(RR-5):1–40.
33. Smart T. Collaborative TB and HIV services for drug users. *HIV & AIDS Treatment in Practice*. 2010;159 (<http://www.aidsmap.com/Collaborative-TB-and-HIV-services-for-drug-users/page/1411949>, visité le 17 octobre 2015).
34. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*. 2010;376(9738):355–66.
35. Delivery of effective tuberculosis treatment to drug dependent HIV-positive patients. Andrey Rylkov Foundation for Health and Social Justice; 2011 (<http://en.rylkov-fond.org/blog/tbr/effective-tb-treatment/>, visité le 17 octobre 2015).
36. Drug use and tuberculosis. Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) (<http://www.harm-reduction.org/issues/drug-use-and-tuberculosis>, visité le 17 octobre 2015).
37. WHO Guidance on human rights and involuntary detention for xdr-tb control. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/tb/features_archive/involuntary_treatment/en/, visité le 18 février 2016).
38. Todrys KW, Howe E, Amon JJ. Failing Siracusa: governments' obligations to find the least restrictive options for tuberculosis control. *Public Health Action*. 2013;3(1):7–10.
39. Keshavjee S, Yedilbayev A, Sweeney C. The Sputnik initiative: patient-centered accompaniment for tuberculosis in Russia. Boston: Partners in Health; 2014 (<http://www.pih.org/library/the-sputnik-initiative-patient-centered-accompaniment-for-tuberculosis-in-r>, visité le 30 octobre 2015).
40. Beyrer C, Kazatchkine M. HIV response "at turning point". BBC News. 29 novembre 2013 (<http://www.bbc.com/news/health-25118975>, visité le 17 octobre 2015).
41. Rhetoric and risk. New York: Human Rights Watch; 2006 (<https://www.hrw.org/report/2006/03/01/rhetoric-and-risk/human-rights-abuses-impeding-ukraines-fight-against-hiv/aids>, visité le 17 octobre 2015).
42. Curtis R, Friedman SR, Neaigus A, Jose B, Goldstein M, Des Jarlais DC. Implications of directly observed therapy in tuberculosis control measures among IDUs. *Public Health Rep*. 1994;109(3):319–27.
43. Edlin BR, Kresina TF, Raymond DB, Carden MR, Gourevitch MN, Rich JD, et al. Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users. *Clin Infect Dis*. 2005;40(Suppl 5):S276–85.
44. Nyamathi A, Sands H, Pattatucci-Aragón A, Berg J, Leake B. Tuberculosis knowledge, perceived risk and risk behaviors among homeless adults: effect of ethnicity and injection drug use. *J Community Health*. 2004;29(6):483–97.
45. Wolfe H, Marmor M, Maslansky R, Nichols S, Simberkoff M, Des Jarlais D, et al. Tuberculosis knowledge among New York City injection drug users. *Am J Public Health*. 1995;85(7):985–8.
46. Salomon N, Perlman DC, Friedmann P, Perkins MP, Ziluck V, Jarlais DC, et al. Knowledge of tuberculosis among drug users: relationship to return rates for tuberculosis screening at a syringe exchange. *J Subst Abuse Treat*. 1999;16(3):229–35.
47. Durante AJ, Selwyn PA, O'Connor PG. Risk factors for and knowledge of Mycobacterium tuberculosis infection among drug users in substance abuse treatment. *Addiction*. 1998;93(9):1393–401.

48. Women who inject drugs and HIV: Addressing specific needs. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2014.
49. Pinkham S, Malinowska-Sempruch K. Women, harm reduction, and HIV. New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute; 2007 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/women-harm-reduction-and-hiv-0>, visité le 30 octobre 2015).
50. Topp L, Iversen J, Baldry E, Maher L. Collaboration of Australian NSPs. Housing instability among people who inject drugs: results from the Australian needle and syringe program survey. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* 2013;90(4):699–716.
51. Maher L, Dixon D. Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market. *Br J Criminol.* 1999;39(4):488–512.
52. Beletsky L, Agrawal A, Moreau B, Kumar P, Weiss-Laxer N, Heimer R. Police training to align law enforcement and HIV prevention: preliminary evidence from the field. *Am J Public Health.* 2011;101(11):2012–5.
53. Patil S. What do police have to do with HIV prevention? *Open Society Voices.* 18 juillet 2014 (<http://www.opensocietyfoundations.org/voices/how-police-can-arrest-spread-hiv>, visité le 15 novembre 2015).
54. Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132:S48–52.
55. Beletsky L, Cochrane J, Sawyer AL, Serio-Chapman C, Smelyanskaya M, Han J, et al. Police encounters among needle exchange clients in Baltimore: drug law enforcement as a structural determinant of health. *Am J Public Health.* 2015;105(9):1872–9.
56. Howard MO, Bowen SE, Garland EL, Perron BE, Vaughn MG. Inhalant use and inhalant use disorders in the United States. *Addict Sci Clin Pract.* 2011;6(1):18–31.
57. Tuberculosis fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>, visité le 15 octobre 2015).
58. Golub JE, Bur S, Cronin WA, Gange S, Baruch N, Comstock GW, et al. Delayed tuberculosis diagnosis and tuberculosis transmission. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10(1):24–30.
59. Virenfeldt J, Rudolf F, Camara C, Furtado A, Gomes V, Aaby P, et al. Treatment delay affects clinical severity of tuberculosis: a longitudinal cohort study. *BMJ Open.* 2014;4(6):e004818.
60. Ross LJ, Wilson M, Banks M, Rezannah F, Daglish M. Prevalence of malnutrition and nutritional risk factors in patients undergoing alcohol and drug treatment. *Nutrition.* 2012;28(7–8):738–43.
61. Maria Golovanevskaya LV. In control?: Ukrainian opiate substitution treatment patients strive for a voice in their treatment. *Subst Use Amp Misuse.* 2012;47(5):511–21.
62. Ingersoll K, Dillingham R, Reynolds G, Hetteema J, Freeman J, Hosseinbor S, et al. Development of a personalized bidirectional text messaging tool for HIV adherence assessment and intervention among substance abusers. *J Subst Abuse Treat.* 2014;46(1) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818515/>, visité le 23 novembre 2015).
63. Montoya JL, Georges S, Poquette A, Depp CA, Atkinson JH, Moore DJ, et al. Refining a personalized mHealth intervention to promote medication adherence among HIV+ methamphetamine users. *AIDS Care.* 2014;26(12):1477–81.
64. Bakshi A, Li J, Ray P, Narasimhan P, Bakshi K. Delivery of multilingual mHealth service for control of TB/HIV in developing countries. In: 2012 45th Hawaii International Conference on System Science (HICSS); 2012:925–31.
65. IHRC Regional Track: Workshop on integrated harm reduction services for PUD. Eurasian Harm Reduction Network (EHRN); 2013 (<http://www.harm-reduction.org/blog/regional-workshop-tb>, visité le 30 octobre 2015).
66. The new profile of drug-resistant tuberculosis in Russia: a global and local perspective: summary of a joint workshop. Washington, DC: National Academies Press; 2011 (<http://www.nap.edu/catalog/13033>, visité le 30 octobre 2015).
67. USAID dialogue on HIV and Tuberculosis Project. Washington, DC: United States Agency for International Development; 2014 (<https://www.usaid.gov/kyrgyz-re-public/fact-sheets/usa-id-dialogue-hiv-and-tuberculosis-project>, visité le 30 octobre 2015).
68. Dhingra VK, Lall D, Aggarwal N, Vashist RP. DOTS in drug addicts with TB: Delhi experience. *Indian J Tuberc.* 2008;55(3):122–6.
69. Strathdee S, Beletsky L. HIV, drugs and the legal environment. In: UNODC Scientific Event / Science Addressing Drugs And Health: State of the Art, 11 mars 2014, Vienna, Austria (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/CND2014/UNODC_SCIENTIFIC_EVENT_legal_env_STRATHDEE.pdf).

Remerciements

Le Partenariat Halte à la Tuberculose reconnaît avec gratitude la contribution de toutes les personnes ayant été impliquées dans ce document. Nous remercions chacun d'entre eux pour leurs commentaires enthousiastes ainsi que leur soutien et nous espérons mettre en œuvre ce guide ensemble.

Auteurs principaux FG Consulting Group

Partenariat Halte à la Tuberculose

Colleen Daniels
Caoimhe Smyth
Farihah Malik

Jacob Creswell
James Ayre
Lucica Ditiu

Collaborateurs - Les participants de l'atelier TB populations clés novembre 2015

Ailed Bencomo Alerm
Alberto Colorado
Arnold Mafukidze
Ashvini Vyas
Austin Obiefuna
Bishwa Rai
Blessi Kumar
Brianna Harrison
Chu Thái Sơn
Cristina Brigaste
Dean Lewis
Deepti Chavan
Duncan Moeketse
Elchin Mukhtarli
Endalkachew Fekaduer
Eva Limachi
Harry Hausler
Herve Isambert
Imran Zafar
James Malar
John Duncan
Karabo Rafube
Kate Thomson
Kevork Kara –Agopian
Kibibi Mbwavi
Liesl PageShipp
Lisa Leenhouts–Martin
Loyce Maturu

Maggy Gama
Manita Pandey
Marciel Buen
Marina Smelyanskaya
Melecio Mayta Ccota
Mo Barry
Moises Uamusse
Nduru Gichamba
Nonna Turusbekova
Patricia Odolo
Paul Moses Ndegwa Mutiga
Pilar Ustero
Prabha Mahesh Shankar
Ramya Ananthakrishnan
Rhonda Marama
Safar Naimov
Samuel Boy Kunene
Sophie Dilmitis
Stacie Stender
Steph Topp
Steven John
Thato Mosidi
Timur Abdullaev
Valeriu Istrati
Vũ Manh Trí
Yana Morenets
Yuki Takemoto

**Layout
Cover**

Miguel Bernal
Nina Saouter

Stop TB Partnership

The Stop TB Partnership
acknowledges with gratitude the financial
and technical support received from
the Global Fund to Fight AIDS, TB & Malaria.

hosted by
 **UNOPS**

 **END
TB**

Chemin de Blandonnet 2,
1241 Vernier
Geneva, Switzerland
www.stoptb.org