



# OMS, ONUDC, ONUSIDA

## Guide Technique

Destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA



**World Health  
Organization**



**UNODC**

United Nations Office on Drugs and Crime



**UNAIDS**

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV / AIDS

UNHCR  
UNICEF  
WFP  
UNDP  
UNFPA

UNDOC  
ILO  
UNESCO  
WHO  
WORLD BANK

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

GUIDE TECHNIQUE de l'OMS, l'ONUSIDA, l'ONUSIDA

Destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/

1. Infection au VIH - prévention et contrôle. 2. Infection au VIH - thérapie. 3. syndrome d'immunodéficience acquise - prévention et contrôle. 4 syndrome d'immunodéficience acquise - thérapie. 5. Abus de substances, Intraveineuses-complications. 6. Partage de seringues- effets indésirables. 7. Programmes d'échange de seringues. 8. Programmes de santé publique. I. Organisation mondiale de la santé. II. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe. III. ONUSIDA. IV. Nations Unies. Office des Nations Unies contre les drogues et le crime.

ISBN 978 92 4 159776 0

## © Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

# OMS, ONUDC, ONUSIDA

## Guide Technique

**Destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA**



EUROPE



**World Health Organization**



**UNODC**

United Nations Office on Drugs and Crime



**UNAIDS**  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV / AIDS

UNHCR  
UNICEF  
WFP  
UNDP  
UNFPA  
ILO  
UNESCO  
WHO  
WORLD BANK

2009

# REMERCIEMENTS

Ce document a été rédigé par Martin C. Donoghoe (Office régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague); Annette D. Verster (OMS Division du VIH/SIDA, Genève), et Bradley Mathers du National Drug and Alcohol Research Centre, Université de New South Wales et le Secrétariat du Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH/ et l'usage de drogues par injection.

Les auteurs remercient chaleureusement les experts qui ont contribué à l'élaboration de ce Guide: Carlos Avila- Figueroa (ONUSIDA, Genève); Andrew Ball (OMS Département du VIH/SIDA, Genève); Monica Beg (ONUSIDA, Vienna); Katya Burns (Groupe de management des projets sur le SIDA, Sydney et Genève); Dave Burrows (Groupe de management des projets sur le SIDA, Sydney et Genève); Anindya Chatterjee (ONUSIDA, Genève); Nicolas Clark (OMS, Genève); Matt Curtis (IHRD, OSI, USA); Jimmy Dorabjee (Centre for Harm Reduction, Melbourne); Paul Hardacre (Réseau Harm Reduction pour l'Asie, Chiang Mai); Robert Heimer (Yale School of Public Health, New Haven); Joumana Hermez (OMS Office Regional pour la Méditerranée orientale [Le Caire]); George Loth (OMS EIP, Genève); Rob Lyerla (ONUSIDA, Genève); Ligor Olinynyk (OMS Département du VIH/SIDA, Genève); Alasdair Reid (ONUSIDA Genève); Keith Sabine (OMS, Genève); Gray Sattler (ONUSIDA, Bangkok); Yves Souteyrand (OMS Département of HIV/AIDS, Genève); Igor Toskin (ONUSIDA, Genève); Lucas Wiessing (EMCDDA, Portugal); Gundo Weiler (OMS, Ukraine Bureau du pays, Kiev); Paul Williams (ONUSIDA, Vienne) et Daniel Wolfe (IHRD, OSI, USA). Nous remercions particulièrement Matthew Hickman (Université de Bristol) OMS a rédigé un avant projet de ce Guide technique, Louisa Degenhardt (National Drug and Alcohol Research Centre, Université de New South Wales / et le Secrétariat du Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH/ et l'usage de drogues par injection), et Cyril E. Pervilhac (OMS Département du VIH/SIDA, Genève), qui ont contribué au lancement du projet et au test pilote de l'avant projet de ce Guide dans les Baltiques et l'Asie centrale. Ce document a été révisé et édité par Bandana Malhotra (freelance medical editor, New Delhi).

Les auteurs tiennent à remercier les experts des pays qui, à travers leur participation aux consultations techniques de l'ONUSIDA / OMS pour la définition des objectifs nationaux pour un accès universel à la prévention au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA EN Estonie, Latvie, Lituanie et en Pologne (Vilnius, Lituanie, 23 March 2007) et en Asie Centrale et en Azerbaïdjan (Tachkent, Ouzbékistan, 28 – 30 May 2007) ont contribué à l'élaboration et au test sur le terrain du Guide technique. ESTONIE: Merike Rätsep, Ministère des Affaires Sociales d'Estonie; Ms Kait Oole, Institut National du Développement de la Santé; Inge Ringmets, Département de la Santé Publique; LATVIA: Ieva Tuca, Centre de prévention du SIDA et l'Agence de la Santé Publique; Inga Brokere, Centre de prévention du SIDA et l'Agence de la Santé Publique; Anda Lazdina, Centre de prévention du SIDA et l'Agence de la Santé Publique; Marcis Trapencieris, l'Agence de la Santé Publique; LITUANIE:

Egle Pinceviciute, Vilnius Centre des désordres liés à la toxicomanie; Mantas Gurevicius, Département de contrôle des drogues Gouvernement de Lituanie; Saulius Caplinskas, Centre Lithuanien du SIDA; Irma Čaplinskienė, Centre Lithuanien du SIDA; Oksana Strujeva, Centre Lithuanien du SIDA; Catalina Elena Iliuta, Réseau Harm Reduction de L'Europe de l'Est et du Centre; Rima Vaitkiene, Secrétaire du ministre de la santé; Virginija Ambrazeviciene, Division des Affaires étrangères au Ministère de la santé; Alvyda Naujokaite, Division des soins de santé du personnel, Ministère de la santé; Pologne: Janusz Janiec, Institut national d'hygiène ONUDC Bureau de projets pour les Etats baltes Signe Rotberga; Agne Bajoriniene ONUDC Bureau de projets pour les Etats baltes, Vilnius, Lituanie; AZERBAÏJAN: Arzu Guliyeva, ONUSIDA; Esmira Almammadova, Centre du SIDA; Afet Mammadova, Centre de soin des drogues; Rasul Efendiyev, GFATM. KAZAKHSTAN: Jadranka Mimica, ONUSIDA; Alexei Ilnitski, ONUSIDA; Madina Takenova, ONUDC; Katrenova Aigul, MOH; Lolita Ganina, Centre national du SIDA; Oleg Yusopov, Centre de recherche et clinique pour les problèmes médicaux et sociaux liés à la toxicomanie; Alexander Ramm, Centre de recherche et clinique pour les problèmes médicaux et sociaux liés à la toxicomanie; KYRGYZSTAN: Anara Salamatova, ONUSIDA; Aimura Bekkoenova, ONUDC; Mirlan Mamyrov, Bureau du Premier Ministre; Erkin Bakiev, Centre National du SIDA; TAJIKISTAN: Zaripov Gairat, Centre VIH/SIDA; Ozoda Salimova, Centre National du VIH/SIDA; Mutabara Vohidova Centre National du VIH/SIDA, Tadjikistan; TURKMENISTAN: Annatach Mamedova, ONUDC; Klychyev Hudayberdi, Centre National du VIH/SIDA; Nuriyev Rejebbay, Centre de traitement de drogue; OUBZBEKISTAN: Bakhtiyor Niyazmatov, MOH; Gulal Giyasova, Centre VIH/SIDA; Maysara Gazieva, Centre National du VIH/SIDA; Shavkat Akhmedov, Centre National du VIH/SIDA; Irina Makarova, ONUDC; James Callahan, ONUDC; Mirzakhid Sultanov, ONUDC; Nina Kerimi, ONUDC; Kamran Niaz, ONUDC; Katya Burns, ONUDC; Alisher Makhkamov, ONUDC; Iskander Ismailov, OMS; Aziz Khudoberdiev, ONUSIDA; Olga Lyan, ONUSIDA; Olga Lyan, ONUSIDA; Komiljon Akhmedov, UNICEF; Galina Karmanova USAID; Rustam Alymov, USAID; Rakhima Nazarova, The Capacity Project; Kahramon Yuldashev, CA AP; Leah Hoffman, PSI; Azizbek Boltaev, CARHAP; Zulfia Tairova, CARHAP; Askar Akhmedov, CARHAP; Oysara Anarkulova, GFATM; Elena Mun, GFATM; Tatyana Nikitina, Inilish; Tursunoy Usmanova, Ishonch va Hayot; Oleg Mustafin, Centre de de traitement de drogue; Elena Popova, Centre de traitement de drogue Wiessing, EMCDDA, Portugal.

# TABLE DE MATIERES :

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	7
1. INTRODUCTION.....	9
2. INTERVENTIONS POUR LA PREVENTION, LE TRAITEMENTS ET LES SOINS PARMIS LES USAGERS DES DROGUES PAR INJECTION (USDI).....	10
2.1 Package complet.....	10
2.2 Accès universel.....	13
3. PROCESSUS DE DEFINITION DES OBJECTIFS.....	14
3.1 Environnement.....	14
3.2 populations (dénominateurs).....	14
3.3 Disponibilité des interventions.....	16
3.4 Couverture des interventions.....	17
3.5 Qualité des interventions.....	17
3.6 L'impact potentiel des interventions.....	18
3.7 Sources de données.....	19
3.8 Définition des objectifs.....	19
3.9 Prochaines étapes.....	21
4. CADRE DE TRAVAIL POUR L'ELABORATION DES INDICATEURS ET DES OBJECTIFS INDICATIFS.....	22
4.1 Programmes d'aiguilles et de seringues (PAS).....	22
4.1.1 Est-ce que les PAS (y compris les sites de pharmacie fournissant des aiguilles et des seringues gratuites) existent?...	22
4.1.2 Les ventes en pharmacie d'aiguilles et de seringues sont elles disponibles?.....	22
4.1.3 Les sites PAS (y compris les sites de pharmacie fournissant des aiguilles et des seringues gratuites) pour 1000 UDI:	22
4.1.4 Sites de pharmacies de vente par 1000 UDI.....	22
4.1.5 Pourcentage des UDI régulièrement touchés par les PAS.....	22
4.1.6 Pourcentage des UDI régulièrement touchés par les PAS durant le dernier mois.....	23
4.1.7 Seringues distribuées par UDI par an.....	23
4.1.8 Pourcentage des sites des PAS adhérant aux directives de l'OMS sur les PAS.....	23
4.1.9 Pourcentage des sites des PAS adhérant aux recommandations de l'ONUSIDA relatives aux meilleures pratiques de la prévention du VIH chez les UDI 6.....	23
4.1.10 Pourcentage des opportunités où les clients accèdent au PAS et reçoivent des IEC.....	23
4.1.11 Pourcentage des opportunités où les clients accèdent à des PAS et reçoivent des préservatifs.....	24
4.1.12 Augmentation dans le pourcentage des UDI ayant déclaré avoir utilisé un matériel stérile pour l'injection, la dernière fois où ils ont eu recours à l'injection.....	24
4.1.13 Réduction de la prévalence du VIH chez les UDI.....	24
4.2 Traitement médical de la dépendance.....	24
4.2a Thérapie de substitution aux opiacés (TSO).....	24
4.2a.1 Est ce que les TSO sont disponibles?.....	24
4.2a.2 Sites des TSO par 1000 injecteurs opioïdes.....	24
4.2a.3 Sites des TSO par 1000 personnes dépendantes aux opioïdes.....	24
4.2a.4 Pourcentage de personnes sous TSO à la date du recensement.....	25

4.2a.5	Ratio du nombre de personnes sous TSO contre le nombre des injecteurs opioïdes.....	25
4.2a.6	Pourcentage d'injecteurs d'opioïdes sous TSO .....	25
4.2a.7	Pourcentage de sites TSO adhérant aux directives de l'OMS 55,56.....	25
4.2a.8	Pourcentage de programmes de TSO fournissant un soutien psychosocial .....	25
4.2a.9	Pourcentage des patients sous TSO qui reçoivent une dose d'entretien.....	26
4.2a.10	Pourcentage de personnes actuellement sous TSO qui ont été sous TSO de façon continue durant les 12 derniers mois	26
4.2a.11	Durée moyenne de la TSO .....	26
4.2a.12	Dose d'entretien moyenne de la TSO.....	26
4.2a.13	Pourcentage des UDI sous TSO ayant déclaré avoir utilisé un équipement stérile pour l'injection la dernière fois où ils ont eu recours à l'injection .....	26
4.2a.14	Réduction de la fréquence des injections.....	26
4.2a.15	Réduction de la prévalence du VIH chez les UDI.....	27
4.2b.	Traitement de la dépendance à d'autres drogues .....	27
4.2b.1	Pour quelle dépendance aux drogues suivantes des interventions sont elles disponibles ?.....	27
4.2b.2	Sites de Traitement par 1000 UDI.....	27
4.2b.3	Ratio des UDI sous traitement .....	27
4.2b.4	Pourcentage de centres de traitement respectant les directives reconnues 70.....	27
4.2b.5	Pourcentage d'individus sous traitement plutôt volontaire qu'obligatoire.....	28
4.2b.6	Pourcentage d'UDI sous TSO ayant déclaré avoir utilisé du matériel stérile d'injection la dernière fois qu'ils ont eu recours à l'injection .....	28
4.2b.7	Réduction de la fréquence des injections .....	28
4.2b.8	Réduction de la prévalence du VIH parmi les UDI .....	28
4.3	Dépistage du VIH et conseil (D&C).....	29
4.3.1	Est-ce que le dépistage et le conseil (D&C) sont disponibles pour les UDI? .....	29
4.3.2	Sites de D&C par 1000 UDI.....	29
4.3.3	Pourcentage des UDI ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et informés du résultat .....	29
4.3.4	Pourcentage des sites respectant les directives de l'OMS sur D&C17, 18.....	29
4.3.5	Augmentation du pourcentage des UDI connaissant leur statut sérologique .....	30
4.3.6	Augmentation du pourcentage des UDI testés VIH-positifs orientés et évalués pour la TAR.....	30
4.4	Thérapie Anti-Rétrovirale (TAR).....	30
4.4.1	La TAR est elle à la disposition des UDI actifs (par exemple être un UDI actif n'est pas un critère d'exclusion de la TAR)?	30
4.4.2	Pourcentage de la couverture des UDI qui sont VIH-positifs sous une TAR.....	30
4.4.3	Ratio des UDI sous TAR.....	31
4.4.4	Pourcentage des sites respectant les directives de l'OMS sur la TAR .....	31
4.4.5	Diminution de cas de sida et de mortalité associée au sida parmi les UDI .....	31
4.5	Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST).....	32
4.5.1	Y a-t-il des sites qui offrent le dépistage et le traitement des IST pour les UDI? .....	32
4.5.2	Sites d'intervention des IST pour 1000 UDI.....	32

4.5.3	Pourcentage d'UDI ayant bénéficié d'un dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois.....	32
4.5.4	Pourcentage des sites respectant les directives de l'OMS sur le dépistage et le traitement des IST et 73.....	32
4.5.5	Pourcentage des UDI diagnostiqués avec une MST qui ont reçu un traitement .....	32
4.5.6	Diminution du nombre d'IST.....	33
4.6	Programmes des préservatifs pour les UDI et leurs partenaires sexuels.....	33
4.6.1	Y a-t-il des programmes de distribution de préservatifs ciblant les UDI et leurs partenaires sexuels ? .....	33
4.6.2	Points de distribution du programme de préservatifs pour 1000 UDI .....	33
4.6.3	Préservatifs gratuits distribués chaque année par UDI .....	33
4.6.4	Pourcentage de sites de programmes de distribution des préservatifs adhérant aux directives du FNUAP .....	33
4.6.5	Augmentation du pourcentage d'UDI déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel .....	34
4.6.6	Diminution du nombre d'IST.....	34
4.7	Information, éducation et communication (IEC) ciblant les UDI et leurs partenaires sexuels.....	34
4.7.1	Est-ce que des initiatives d'IEC ciblées pour les UDI sont disponibles ? .....	34
4.7.2	Nombre de sites offrant des IEC ciblées pour les UDI pour 1000 .....	34
4.7.3	Pourcentage des sites auxquels les UDI ont accédé, offrant des IEC ciblées pour les UDI .....	34
4.7.4	Nombre de matériels différents, concernant à l'injection de drogues, distribués par UDI par an .....	34
4.7.5	Pourcentage d'UDI touchés par une IEC .....	35
4.7.6	Pourcentage des occasions où les clients ont eu accès aux PAS et ont reçu une IEC .....	35
4.7.7	Pourcentage des sites respectant les directives de l'OMS sur l'IEC ciblées pour les IDUs 51.....	35
4.7.8	Augmentation du pourcentage des UDI déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils ont injecté .....	35
4.7.9	Augmentation du pourcentage d'UDI qui identifient à la fois, correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées préconçues concernant la transmission du VIH.....	35
4.8	Le diagnostic le traitement et la vaccination pour l'hépatite virale .....	36
4.8.1	Est-ce que la vaccination contre le VHA est disponible pour les UDI ? .....	36
4.8.2	Est-ce que la vaccination contre le VHB est disponible pour les UDI ? .....	36
4.8.3	Est-ce que le traitement du VHC est disponible pour les UDI ? .....	36
4.8.4	Est-ce que le traitement du VHB est disponible pour les UDI ? .....	36
4.8.5	Nombre de sites offrant la vaccination contre le VHB pour 1000 UDI .....	36
4.8.6	Nombre de sites offrant la vaccination contre le VHA pour les UDI pour 100 .....	36
4.8.7	Nombre de sites offrant le traitement du VHC pour les UDI pour 1000 .....	36
4.8.8	Nombre de sites offrant le traitement du VHB pour les UDI pour 1000 .....	36
4.8.9	Pourcentage des UDI orientés vers une vaccination contre le VHB .....	37
4.8.10	Pourcentage d'UDI ayant complété leur vaccination contre le VHB.....	37
4.8.11	Pourcentage des UDI diagnostiqués positifs pour le VHB et recevant un traitement pour l'hépatite B .....	37
4.8.12	Pourcentage des UDI achevant un traitement pour le VHB .....	37
4.8.13	Pourcentage des UDI VHC positifs recevant un traitement pour le VHC .....	37
4.8.14	Pourcentage des UDI ayant achevé un traitement pour le VHC .....	37
4.8.15	Pourcentage des sites respectant les lignes directrices sur la vaccination du VHA / VHB .....	38

4.8.16	Pourcentage des sites respectant les lignes directrices sur le traitement du VHB .....	38
4.8.17	Pourcentage des sites respectant les lignes directrices sur le traitement du VHC.....	38
4.8.18	Réduction de la morbidité et de la mortalité dues à l'hépatite virale chez les UDI .....	38
4.9	Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose (TB) .....	39
4.9.1	Pourcentage des sites qui fournissent des services pour les UDI et qui appliquent une politique de contrôle de la tuberculose	39
4.9.2	Pourcentage des sites qui fournissent des services pour les UDI et qui disposent d'une possibilité de faire le diagnostic de la tuberculose et proposent un traitement .....	39
4.9.3	Est-ce qu'une thérapie préventive de la tuberculose est disponible pour les UDI ? .....	39
4.9.4	Pourcentage des sites qui fournissent des services pour les UDI offrant un traitement préventif de la TB .....	39
4.9.5	Pourcentage de UDI, ayant la tuberculose, testés .....	39
4.9.6	Pourcentage de UDI ayant commencé le traitement préventif de la tuberculose au cours des 12 derniers mois .....	39
4.9.7	Pourcentage des UDI ayant complété une thérapie préventive de la tuberculose .....	40
4.9.8	Pourcentage d'UDI avec un diagnostic de la tuberculose et qui ont commencé le traitement dans les 12 derniers mois...	40
4.9.9	Pourcentage des UDI achevant un traitement sur la tuberculose .....	40
4.9.10	Pourcentage des sites respectant les directives de l'OMS sur la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose	40
4.9.11	Morbidité et mortalité liée à la tuberculose réduite chez les UDI .....	40
4.9.12	Ratio de la tuberculose chez les UDI contre la population générale des adultes .....	40
5.	RÉFÉRENCES.....	41

# Abréviations et Acronymes

---

PAS :	Programme Aiguilles et Seringues
UDI :	Usagers de Drogue Injectable
TAR :	Traitement Antirétroviral
IST :	Infection sexuellement transmissible
TSO :	Traitement de Substitution aux Opiacés
IEC :	Information Education Communication
SIDA :	Syndrome de l'immunodéficience acquise
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
D&C :	Dépistage et Conseil
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC :	Virus de l'hépatite C
STA :	Stimulants Type Amphétamine
TCC :	Thérapie Cognitivo-Comportementale
ICPN :	Indice Composite des Politiques Nationales



# 1. INTRODUCTION

Le présent document fournit des orientations techniques aux pays pour fixer des objectifs ambitieux mais réalisables, afin d'accélérer la mise en œuvre de l'accès universel à la prévention, au traitement du VIH/SIDA et aux soins aux usagers de drogues par injection (UDI).

Ce document est le produit de la collaboration entre trois agences des Nations Unies (ONU) (l'Organisation mondiale de la santé [OMS], l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime [ONUDC] et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH / sida [ONUSIDA]) et des experts internationaux travaillant sur le terrain. Il s'appuie sur les lignes directrices fixées précédemment par l'ONUDC<sup>1</sup> et l'ONUSIDA et fait sien les principes qui y sont énoncés. Son objectif est de fournir des méthodes cohérentes pour mesurer et comparer les progrès enregistrés par les pays dans la réalisation des objectifs nationaux visant à intensifier les programmes d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH / SIDA d'ici l'horizon 2010<sup>3,4</sup>. Ces objectifs sont basés sur la Déclaration Politique sur le VIH / SIDA de 2006, au titre de laquelle les pays se sont engagés à déployer davantage d'efforts pour la réalisation de l'accès universel, ainsi que sur la Déclaration d'Engagement précédente sur le HIV/AIDS.<sup>5</sup> Le Secrétariat de l'ONUSIDA et ses Co-parrains ont soutenu le lancement de cet effort plus large avec des directives opérationnelles plus spécifiques aux pays.<sup>3,4,6,7,76</sup>

Ce *guide technique* offre aux pays:

- Un cadre et un processus permettant de fixer des objectifs nationaux
- Un ensemble complet d'interventions essentielles pour les UDI
- Un ensemble d'indicateurs et de repères (ou «benchmarks») à utiliser pour fixer des objectifs programmatiques, et assurer le suivi et l'évaluation des interventions en matière de VIH pour les UDI
- Des exemples de *sources d'information*.

Il s'agit d'un cadre que les pays souhaitant procéder à un processus d'examen systématique lors de la définition, de la révision ou de l'ajustement des objectifs pour la prévention du VIH parmi les UDI pourraient utiliser. Ce *guide technique* et le processus schématisé ci-dessus sont destinés à aider les organismes et les individus impliqués dans la planification de programmes d'accès universel. Ils peuvent également être utilisés à d'autres fins, notamment la préparation des propositions de programmes ou à l'élaboration de rapports sur des programmes à soumettre aux divers organismes donateurs, y compris le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), la Commission Européenne

(CE) ou d'autres sources de financement multilatérales et bilatérales.

Bien que ce *guide* soit initialement prévu pour définir les objectifs au niveau national, il peut également être utilisé à l'échelle des régions, dans les pays très étendus (notamment les états / province de Chine, du Vietnam ou pour les oblasts de la Fédération de Russie) ainsi que pour des zones géographiques plus petites comme les villes ou encore pour des structures particulières comme les prisons. Il est important de déterminer l'étendue de la zone ou la configuration envisagée. Tout en étant axé sur les UDI, ce *guide technique* peut s'avérer utile pour fixer des objectifs concernant les usagers de drogue problématiques n'injectent pas de drogues mais qui risquent de commencer cette pratique.

Cette version du *guide* est une première tentative d'élaboration d'un cadre permettant d'évaluer les progrès enregistrés par les pays dans leur offre d'un ensemble intégré d'interventions. Ce cadre ainsi que les niveaux ciblés recommandés sont basés sur les données limitées actuellement disponibles dans ce domaine. Ce guide sera révisé au fur et à mesure de l'accumulation de nouveaux éléments d'information et des résultats des expériences de l'application de ce cadre de travail sur le terrain. Le groupe de référence pour le suivi et d'évaluation (MERG) convoqué par l'ONUSIDA développe actuellement de nouvelles méthodes et de directives pour mesurer la couverture et la qualité des services de prévention et de soins pour les populations à risque, y compris les UDI. Ces efforts visent à compléter et enrichir ce guide technique, lequel sera examiné et révisé en 2010.

## 2. INTERVENTIONS POUR LA PREVENTION, LE TRAITEMENT ET LES SOINS DES USAGERS DES DROGUES PAR INJECTION (UDI)

### 2.1 L'ensemble intégré ou complet des interventions

Prévenir la transmission du VIH par l'injection de drogues est l'un des défis majeurs de l'accès universel dans le secteur de la santé. *Un ensemble complet* de prévention, de traitement et de soin du VIH parmi les Usagers de Drogues par Injection (UDI) comprend les **neuf interventions** suivantes:

1. Programmes d'Aiguilles et de Seringues (PAS)
2. Traitements de substitution aux opiacés (TSO) et autres traitements de la dépendance
3. Dépistage du VIH et Conseil (D&C)
4. Traitement anti-rétroviral (TAR)
5. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)
6. Programmes de distribution de préservatifs pour les UDI et leurs partenaires sexuels
7. Information, Education et Communication (IEC) ciblées sur les UDI et leurs partenaires sexuels
8. Vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale
9. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose (TB).

Ces neuf interventions sont incluses dans dans l'ensemble intégré, car elles ont le plus grand impact sur la prévention et le traitement du VIH. De nombreuses données scientifiques appuyant l'efficacité de ces interventions dans la prévention de la propagation du HIV existent.<sup>8,77</sup>

#### **Pour de plus amples informations sur les éléments d'information qui étayent ces interventions voir:**

- The WHO/UNODC Evidence for Action series and policy briefs:<sup>9</sup> <http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html>
- Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries, Institute of Medicine. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries an assessment of the evidence. Washington, DC, USA, The National Academies Press, 2006.<sup>77</sup>

Les études montrent, à quelques exceptions près, que les programmes d'aiguilles et de seringues (PAS) se traduisent par des baisses marquées de la transmission du VIH, pouvant atteindre 33 à 42% dans certains lieux.<sup>10-12</sup>

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO), par la méthadone ou la buprénorphine, sont très efficaces pour réduire les pratiques d'injection à risques pour le VIH.<sup>13</sup> En outre, il a été démontré que les TSO améliorent l'accès et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral et

réduisent également la mortalité.<sup>14-16</sup>

Le dépistage et le conseil (D&C) sont des voies d'accès efficaces pour le traitement et le soin du VIH comme le TAR. Dans certaines circonstances, il est recommandé que le dépistage et le conseil en matière de VIH (D&C) pour les UDI soient initiés par le prestataire. L'OMS et l'ONUDC élaborent actuellement des directives pour le D&C -et le VIH, destinées aux populations les plus exposées, notamment les prisonniers et les UDI.

#### **Des éléments d'orientation sur le conseil et le test sont disponibles:**

- WHO & UNAIDS. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Geneva, WHO, 2007.<sup>17</sup>
- WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO), WHO Regional Office for the Western Pacific (WPRO) & UNODC. *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention*. Manila, WHO WPRO, 2009 (in press)<sup>18</sup>

En général, comparés aux non injecteurs, les UDI ont un accès très limité au TAR, malgré le fait que la prescription du TAR aux UDI a des effets très positifs

sur leur santé et en dépit des preuves qui montrent que les UDI sont parfaitement en mesure de suivre avec succès un TAR.<sup>19-21</sup>

Les données actuellement disponibles et relatives à l'impact des autres formes de traitement de la toxicomanie sur le VIH et sur les comportements à risque sont moins convaincantes<sup>22</sup>. Ces formes restent cependant fortement recommandées pour les pays où des drogues non-opiacées, comme les Stimulants de Type Amphétamine

(STA), la cocaïne et les benzodiazépines sont largement utilisées. Un tel traitement devrait s'appuyer sur des données fiables et peut inclure le traitement cognitivo-comportemental (TCC)<sup>23</sup> et la gestion d'urgence pour la dépendance aux amphétamines.<sup>24</sup>

**Treatnet** ([www.ONUDC.org/treatment/index.html](http://www.ONUDC.org/treatment/index.html)),<sup>25</sup> le réseau international de traitement de la toxicomanie et la réhabilitation des centres de ressources soutenu par l'ONUDC, vise à améliorer la qualité du traitement de la toxicomanie à travers l'échange d'information, la coopération entre eux, et l'autonomisation de vingt centres de ressources sélectionnés représentant toutes les régions. La vingtaine de centres et tout le reste des membres du réseau se sont engagés à faire la synthèse, la démonstration et la diffusion de bonnes pratiques, ainsi que l'application des approches efficaces, selon l'état de l'art en matière de traitement et de réhabilitation de la toxicomanie.

Les interventions visant à réduire les comportements sexuels à risque des UDI, y compris la distribution de préservatifs et l'accès amélioré aux services de santé sexuelle, ont généralement un impact plus modeste sur la transmission du VIH que celles qui réduisent les comportements à risques liés à l'injection.<sup>26, 27</sup> Cependant, l'importance de ces interventions est avérée, en particulier pour ce qui concerne la distribution de préservatifs, la prévention et le traitement des IST chez les femmes qui injectent des drogues, en particulier les travailleuses du sexe.<sup>78</sup>

Bien que les preuves scientifiques sur l'impact de l'Informa-

tion, l'Education et la Communication (IEC) ciblant les UDI et leurs partenaires sexuels soient relativement limitées, comparées à celles sur les programmes Aiguilles et Seringues, PAS, ou les traitements de substitution aux opiacés, TSO, elle est comprise dans l'ensemble complet des interventions. En effet combinées avec d'autres mesures, l'IEC peuvent avoir un impact positif et durable sur les comportements à risque pour la transmission du VIH.<sup>8, 28</sup>

Les UDI peuvent présenter des risques accrus de contracter la tuberculose notamment en tant qu'infection opportuniste du Sida. De ce fait, le programme complet comprend également la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose.

**On trouvera des indications sur les programmes de lutte antituberculeuse pour les UDI :**

- OMS, ONUDC, ONUSIDA. Evidence for Action Technical Papers. Principes directeurs pour des services collaboratifs TB et VIH pour les utilisateurs de drogues injectables et autres usagers de drogues - une approche intégrée. Genève, OMS, 2008,<sup>29</sup>

Bien que chacune de ces interventions, prise séparément, soit utile pour aborder la prévention du VIH et les soins chez les UDI, il est important de reconnaître qu'elles font partie d'un ensemble et sont plus efficaces lorsqu'elles sont proposées *simultanément*.

Un certain nombre d'interventions n'ont pas été incluses dans le package complet en raison de l'absence relative de preuves de leur efficacité ou d'autres considérations. Elles comprennent les sites d'injection supervisés, qui bien que demeurant

controversés, ont fait leur preuve dans un petit nombre de pays où ces sites ont été mis en œuvre et évalués.<sup>30, 31</sup>

En outre, il existe d'autres interventions qui ne sont pas incluses dans le package complet, mais qui sont également importantes et ne devraient pas être négligées. A titre d'exemple, comme pour les non injecteurs, il est nécessaire d'envisager la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), dans le cas des femmes séropositives enceintes qui pourraient consommer des drogues par injection.

**On trouvera des indications sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant:**

- WHO and partners. *Guidance on global scale-up of the prevention of mother-to-child transmission of HIV : towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children.* Geneva, WHO, 2007,<sup>32</sup>  
Available at : [http://whqlibdoc.OMS.int/publications/2007/9789241596015\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.OMS.int/publications/2007/9789241596015_eng.pdf)

Bien que ce guide concerne principalement la prévention du VIH, ces interventions sont également utiles pour la prévention d'autres virus transmissibles par le

sang, en particulier le virus de l'hépatite C (VHC), auquel les UDI sont particulièrement exposés.<sup>33</sup>

***Pour une discussion sur l'accès au traitement du VHC aux États-Unis et en Union européenne:***

- ▶ Wiessing L. L'accès des consommateurs de drogues injectables au traitement de l'hépatite C est faible et doit être améliorée. *Eurosurveillance*, 2001, 5 (31): pii = 1709,<sup>34</sup>

***Pour un inventaire des guides du traitement du VHC en Europe occidentale:***

- ▶ Reimer J et al. Lignes directrices pour le traitement de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues par injection: le statu-quo dans les pays de l'Union européenne. *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 40 (Suppl. 5): S373-S378.<sup>35</sup>

La sensibilisation fondée sur une approche communautaire de proximité, n'est pas comprise dans le package complet en tant qu'intervention distinct. Toutefois, elle est recommandée en tant que méthode extrêmement efficace pour l'accès aux UDI, qui constituent un groupe difficile d'accès.<sup>36</sup> Le travail de proximité est un moyen extrêmement efficace pour offrir les services de prévention

tels que le PAS, la distribution de préservatifs ou l'IEC. Elle constitue également, une opportunité d'orienter les UDI vers d'autres services tels que les TSO et le TAR. Le travail de proximité est fortement recommandé comme méthode de prestation de services et comme composante essentielle de tous les programmes de prévention et de traitement du VIH.

***De plus amples informations sur le travail de proximité sont disponibles ici:***

- ▶ WHO. *Evidence for Action: effectiveness of community based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, WHO, 2004,<sup>36</sup>
- ▶ UNAIDS. *guidelines for intensifying HIV prevention*. Geneva, Switzerland, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2007,<sup>79</sup>

Ces interventions sont aussi indiquées dans les *prisons* et autres *centres fermés* (par exemple, les centres de traitement obligatoire et de désintoxication). Le principe de l'égalité des soins<sup>37</sup> exige que les prisonniers aient droit, sans discrimination aucune, à des soins de santé

selon les mêmes normes de qualité que ceux dispensés à la communauté de façon générale, y compris les mesures de prévention et le TAR. Le cadre présenté ici peut également être appliqué pour évaluer et fixer des objectifs pour la prévention et le traitement du VIH dans les prisons.

***Guide d'orientation et plus amples informations sur la prévention du VIH et des traitements dans les prisons et autres lieux fermés sont disponibles:***

- ▶ WHO. *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005,<sup>38</sup>
- ▶ WHO, UNODC, UNAIDS. *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy Brief: reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, WHO, 2004.<sup>12</sup>
- ▶ WHO, UNODC, UNAIDS. *Evidence for action technical papers. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Geneva, WHO, 2007.<sup>39</sup> Available at: [http://www.who.int/hiv/idu/OMS\\_E4Acomprehensive\\_WEB.pdf](http://www.who.int/hiv/idu/OMS_E4Acomprehensive_WEB.pdf)

## 2.2 Accès universel

L'accès universel a été adopté à la Réunion de haut niveau sur le VIH / SIDA en 2006, comme l'expression d'un engagement en faveur de l'élargissement de la couverture des programmes nationaux de traitement, de prévention, de soin du VIH et de soutien à toutes les personnes ayant besoin d'un tel service. Bien que cet objectif soit ambitieux il doit rester envisageable. En effet, l'accès universel est un processus concret mené par certains pays qui ont organisé des consultations nationales pour identifier les obstacles majeurs à cet élargissement et qui ont pris les mesures afin d'y remédier.

L'accès universel englobe les principes d'égalité, de pérennité, d'intégralité et d'accessibilité, qui guident le développement d'interventions dans le package complet. Celles-ci doivent:

- ▶ Etre physiquement accessibles (géographiquement réparties, ne pas être, par exemple, uniquement disponibles dans les grandes villes et non disponibles dans des lieux difficiles d'accès comme les prisons);
- ▶ Être abordables (le coût du service ne doit pas être un obstacle, par exemple, les patients ne devraient pas avoir à payer pour leur traitement);
- ▶ Etre équitables et non discriminatoires (il ne devrait y avoir aucun critère d'exclusion, autre que médical, par exemple les TOS ne devraient pas être limités aux seuls UDI porteurs du VIH ou aux patients pour lesquels les autres traitements de dépendance ont échoués );
- ▶ Répondre, autant que possible, à la demande sur le plan quantitatif (l'offre devrait être déterminée par le besoin et non pas limitée par le coût ou autres considérations. Exemple: les Programmes Aiguilles et Seringues, PAS, qui limitent strictement le nombre de seringues fournies à chaque usagers sont moins efficaces que ceux qui n'imposent pas de telles restrictions).<sup>40</sup>

L'accès ne devrait pas être limité du fait de caractéristiques sociodémographiques ou autres, telles que:

- ▶ L'âge: les programmes ne devraient pas avoir de limitation due à d'âge, c'est à dire qu'il ne devrait y avoir aucune condition d'âge minimal pour accéder aux services
- ▶ Le sexe / le genre, l'orientation sexuelle et les comportements sexuels
- ▶ La citoyenneté, la nationalité, le pays d'origine, la race / l'ethnie, le statut de demandeur d'asile ou la religion / les convictions religieuses
- ▶ Le statut professionnel et l'emploi, y compris le travail du sexe, l'emploi illégal, etc.
- ▶ L'environnement et les conditions de vie: milieux fermés comme les prisons, service militaire, établissements de santé, orphelinats, etc.
- ▶ La situation en termes d'assurance maladie
- ▶ Le statut en termes d'usage de drogue - par exemple, le fait d'être un UDI actif ne doit pas être un obstacle à l'accès.

En outre, toutes les interventions devraient être proposées sur une base volontaire, dans un environnement propice, bénéficiant d'une législation, de politiques et de stratégies qui appuient ces initiatives.

## 3. PROCESSUS DE DEFINITION DES OBJECTIFS

Le cadre de référence qui suit est développé sur la base du processus de définition des objectifs relatifs à l'ensemble intégré des interventions en vue de l'accès universel, tel que décrit dans les précédentes directives opérationnelles. Il offre plus d'orientations programmatiques le processus de mesure et de définition des objectifs pour les interventions de l'ensemble complet.

Pour chacune des neuf interventions, une série d'indicateurs sont décrits. Ces indicateurs sont destinés à évaluer les éléments suivants:

- Disponibilité
- Couverture
- Qualité
- Impact potentiel

Des niveaux pour les indicateurs clés sont donnés à titre indicatif.

Tel que mentionné ci-dessus, il est possible de tirer un avantage maximal en mettant en œuvre simultanément l'ensemble des neuf interventions de ce package. Par conséquent, il est important de procéder au suivi continu et à l'évaluation de chacune de ces interventions. Il faut cependant reconnaître que les pays sont à des stades différents dans leur développement d'une réponse globale et que des restrictions pour la mise en place d'un système exhaustif de suivi et d'évaluation peuvent exister. Il est recommandé qu'un niveau d'exigence minimale soit retenu et dans ce cas seules les quatre premières interventions, à savoir le PAS, le TSO, le D&C et le TAR, feront l'objet d'un suivi.

Pour pouvoir définir des indicateurs et de fixer des objectifs, il est nécessaire de comprendre l'environnement dans lequel ces interventions sont menées et de définir les populations ciblées par ces interventions.

Autant que faire se peut, des données ventilées par sexe devront être collectées et rapportées pour ces indicateurs.

### 3.1 Environnement

Il est important de considérer le contexte dans lequel a lieu l'injection de drogues et où les services pour les UDI sont proposés. Ceci implique l'identification des facteurs structurels, sociaux ainsi que d'autres facteurs susceptibles d'entraver la bonne exécution de ces interventions et le déploiement d'efforts en vue de la création d'un environnement plus favorable.

Les personnes qui injectent des drogues sont souvent marginalisées et stigmatisées, victimes de discrimination et, en raison de la criminalisation de l'usage des drogues, exposées à des sanctions judiciaires. Des facteurs structurels comme les modifications de l'offre en matière de drogues ou encore les pratiques liées à

l'injection peuvent avoir un impact sur la transmission du VIH. Le contexte légal et les conditions d'application de la loi peuvent s'avérer des obstacles à l'offre et à l'élargissement des services de prévention du VIH.

Les moyens permettant de faire face à de tels obstacles sont notamment une législation non discriminatoire et la garantie que la politique et les pratiques pour le maintien de l'ordre n'entravent pas la prestation de services.

Un certain nombre d'éléments ayant trait aux UDI sont inclus dans l'Indice Composite des Politiques Nationales (ICPN) de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, UNGASS, pour l'ONUSIDA sur la surveillance et la déclaration du VIH. Ces éléments peuvent être utilisés pour aider à identifier ces obstacles et à évaluer les progrès.<sup>7</sup>

### 3.2 Populations (dénominateur)

Plusieurs indicateurs décrits dans le présent *Guide* se composent d'un numérateur et d'un dénominateur. La plupart des dénominateurs reflètent des populations précises ciblées par l'intervention évaluée. Des estimations appropriées doivent être utilisées pour le dénominateur pour chacune des interventions. Ces données, y compris les estimations nationales du nombre des UDI, doivent être soigneusement examinées et évaluées afin de garantir que les dénominateurs utilisés pour calculer les niveaux à atteindre comme spécifié dans ce *guide* sont bien représentatifs de la population visée par le numérateur.

#### • Estimation de la taille de la population d'UDI

Il existe dans la littérature plusieurs définitions de l'usage des drogues. Celles-ci s'appliquent en fonction du contexte et de ce qui est étudié. A titre d'exemple, il est important de tenir compte de la consommation «active» de drogues injectables lors de la planification pour les PAS. Lorsqu'on tente de déterminer le nombre de personnes dans une population qui auraient pu être exposées à la transmission du VIH du fait de l'usage de drogues par injection, il est nécessaire de considérer l'usage de drogues par injection soit « sur toute la vie » soit depuis l'apparition du VIH dans la localité considérée.

*Pour les besoins de l'établissement de rapports sur les indicateurs décrits dans ce Guide, il est recommandé que les UDI soient définis comme étant les personnes qui ont eu recours à l'injection au courant des 12 derniers mois.*

Dans certains pays, il arrive que les gens s'injectent des médicaments à des fins médicales. Cette pratique est communément appelée injection thérapeutique et elle est distincte de la consommation de drogues injectables, objet du présent *guide*. Ceux qui injectent des médicaments à des fins médicales ne sont pas incluses dans la définition de la consommation de drogues injectables donnée ci-dessus.

Déterminer la taille des populations d'UDI peut s'avérer difficile, notamment parce qu'il s'agit d'une population «cachée». Des méthodes d'évaluation indirectes telles que les calculs de multiplicateurs et de référence, qui uti-

lisent des sources de données existantes (arrestations par la police, traitement pour drogues, décès liés aux drogues) ou les méthodes de capture-recapture sont extrêmement utiles et des conseils sur ces méthodes sont disponibles.

**Conseils sur les méthodes d'estimation sont disponibles ici:**

- ▶ UNODC. *Global Assessment Programme on drug abuse. Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem*. Vienna, UNODC, 2003.<sup>41</sup>
- ▶ Hickman M et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. *UN Bulletin on Narcotics*, 2002, 54:15–32.<sup>42</sup>
- ▶ U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, GAP Surveillance Team. Centre pour Most at risk populations sampling strategies and design tool. HSS-CDC, 2009 (in press).<sup>43</sup> Available at: <http://www.igh.org/surveillance>

Les enquêtes sur la population, comme les enquêtes sur les ménages, sous-estiment généralement la prévalence de l'usage des drogues injectables, parce que les injecteurs sont moins susceptibles d'être inclus dans l'échantillon et que l'injection de drogues étant une pratique illicite et stigmatisée, les répondants hésitent à divulguer un tel usage.

Pour une population d'UDI déterminée et pour laquelle une estimation de la taille est disponible, dérivée dans la plupart des cas de différents processus d'estimation, il est

recommandé qu'un groupe d'experts formé de chercheurs, d'informateurs clés du gouvernement, d'organisations non gouvernementales (ONG) et du secteur privé se réunisse, tous les deux ans, afin de déterminer et de mettre à jour de façon consensuelle les chiffres et la fourchette de chiffres relatifs à cette population à retenir comme dénominateur. Ces chiffres et cette fourchette peuvent ensuite être utilisés par les chercheurs, les ministères ou autres intervenants s'intéressant aux données chiffrées relatives à ces populations.

**Le Groupe de référence auprès de l'Organisation des Nations Unies sur le VIH et la consommation de drogues injectables** entreprend l'étude de la littérature disponible pour produire des estimations mondiales et régionales du nombre de personnes qui s'injectent des drogues et la prévalence du VIH parmi ce groupe. Cf. [www.idurefgroup.com](http://www.idurefgroup.com) pour plus de détails sur le groupe de référence et pour accéder aux estimations signalées de consommation de drogues injectables et le VIH chez les UDVI, au niveau des pays et au niveau mondial. Cf. aussi Mathers et al. 2008<sup>44</sup> pour une analyse récente des données disponibles sur la prévalence de l'UDI.

▶ **Estimation de la taille de la population cible pour différentes interventions**

Déterminer la taille des populations que les différentes interventions ciblent n'est pas une tâche aisée. Il est essentiel de définir clairement la population en question.

Alors qu'un PAS peut cibler tous les UDI, les programmes de TSO cibleront les usagers dépendant aux opiacés, qu'ils soient injecteurs ou non-injecteurs. Aussi, est-il nécessaire d'estimer la taille de ces populations pour mesurer la couverture de ces interventions. Des estimations distinctes des sous-populations (par exemple, *les usagers de drogues problématiques, les non-injecteurs problématiques, les injecteurs de drogues non opiacées, ainsi que les injecteurs de drogues opiacées*) sont nécessaires et peuvent être utilisées, au besoin, comme dénominateur. Le nombre d'UDI devant bénéficier du TAR, du traitement et soin en matière de VHC, de VHB et de tuberculose, doit également être estimé. Dans de nombreux pays, les UDI ont un accès relativement faible aux soins et soutien en matière de

VIH / SIDA. Dans la plupart des pays, les injecteurs actuels sont exclus des services en matière de VIH, notamment du TAR.<sup>45</sup> Il est donc important de déterminer la proportion parmi les UDI actuels ayant besoin de ces interventions qui peut effectivement être prise en charge. Les injecteurs de drogues actifs peuvent être définis de diverses manières, mais là encore, pour mesurer ces indicateurs, on peut les définir *comme étant le fait de s'être injecté de la drogue au cours des 12 derniers mois*.

▶ **La ventilation par sexe**

Les UDI femmes sont souvent confrontées à des obstacles supplémentaires quant à l'accès aux services de prévention et de soins. Pour cette raison, il peut être utile de recueillir des données ventilées par sexe et d'utiliser celles-ci en même temps que les estimations spécifiques pour évaluer et surveiller cette disparité.

*De plus amples détails sur les populations (dénominateur) sont prévus dans le plan pour chaque indicateur.*

### 3.3 La disponibilité des interventions

Une approche globale doit inclure toutes les interventions du package complet. Toutefois, la *combinaison* d'interventions et le *contenu* de chaque intervention seront spécifiques au contexte. Ceci peut être déterminé par une évaluation approfondie et la compréhension de la situation locale, y compris les:

- types de services disponibles
- modes de consommation de drogues et types de médicaments utilisés (par exemple, les opiacés, les stimulants de type amphétamine, la cocaïne, les benzodiazépines, etc.)
- le taux et la fréquence des injections.

En conséquence, les indicateurs utilisés pour évaluer ces interventions doivent être appropriés à chaque intervention.

Dans certains pays, le PAS comprendra l'accès à un matériel propre et son élimination en toute sécurité, grâce à des programmes d'échange fixes ou mobiles et / ou à travers des pharmacies où le matériel est mis à disposition gratuitement. Dans de nombreux pays, les ventes en pharmacie constituent un élément important et, parfois, la plus importante source d'acquisition pour les UDI de matériel et d'équipement d'injection propres.<sup>46, 47</sup>

Il est recommandé que les pays distinguent entre *entre les modalités de délivrance* et aient, par exemple, d'un indicateur séparé pour les ventes en pharmacie. Dans les pays où les deux modalités sont disponibles, il sera utile de pouvoir mesurer la proportion de seringues fournies par les PAS ainsi que celles vendues par les pharmacies (Note: les ventes en pharmacie sont mesurées séparément et sont à distinguer des PAS basés dans une pharmacie, qui fournissent gratuitement des aiguilles et des seringues aux UDI et qui doivent être considérés comme faisant partie des PAS). En outre, il existe d'autres modes de distribution, comme les distributeurs automatiques ou les camionnettes mobiles<sup>48</sup>, qui sont parfois des alternatives qui contribuent de manière importante à l'accès au matériel d'injection propre. Les pays peuvent également inclure des indicateurs pour ces modes de distribution.

Les TSO sont efficaces pour traiter la dépendance aux opiacés et, dans le cas de la prévention du VIH, parmi les injecteurs d'opiacés. Toutefois, dans les pays présentant un nombre important d'utilisateurs problématiques de non-opiacés (STA, cocaïne ou benzodiazépines), *d'autres options de traitement* des addictions devraient être comprises

dans les interventions essentielles. Ces autres formes de traitement doivent être définies et décrites et les traitements fondés sur des données valides (par exemple CBT<sup>23</sup> et la gestion de contingence pour la dépendance aux stimulants de type amphétamine).<sup>24</sup>

Les indicateurs liés à la disponibilité mesurent si l'intervention est effectivement mise à la disposition des UDI. Pour la plupart des interventions, cette mesure se fait par le constat simple de l'existence ou non de ladite intervention. Dans le cas du TAR pour les UDI, la présence de critères d'exclusion doit être relevée.

Cette mesure simple, à savoir l'existence ou non d'une intervention, peut être complétée par une mesure du degré de disponibilité. Pour la plupart des interventions dans ce *guide*, la disponibilité est déterminée par le nombre de sites proposant l'intervention, rapporté à 1000 UDI. Par exemple, pour les PAS, l'indicateur est défini comme suit:

$$\begin{aligned} \text{Numérateur :} & \quad \text{Nombre de sites du PAS} \\ \text{Dénominateur :} & \quad / 1000 \text{ UDI} \end{aligned}$$

Il est important de garder à l'esprit que cette mesure ne donne qu'une indication grossière de la portée de la disponibilité d'une intervention. A quel point cette « disponibilité » couvre la population des UDI sera déterminé par la répartition géographique à la fois des services et de la population cible, et la facilité avec laquelle cette population accède à ces services.

Il est nécessaire de définir clairement ce qui est considéré comme un « site ». A titre d'exemple le « AIDS Projects Management Group » (APMG) estime que des sites distincts tels que les sites fixes ou les unités mobiles, autobus ou camionnettes, constituent un site unique. Les endroits visités par les intervenants de rue ainsi que les emplacements où stationnent le véhicule du PAS ne sont pas considérés comme des sites. Les équipes mobiles ne constituent pas des sites, sauf dans le cas où une équipe d'animation est basée dans un bureau ou une clinique qui ne fonctionne pas comme un site fixe. Les pharmacies, comme mentionné plus haut, ne sont pas comptabilisées comme des sites du PAS, à moins qu'elles ne fournissent gratuitement du matériel. Elles peuvent être considérées comme des sites de prestation de services pour d'autres interventions, par exemple, si elles proposent des TSO, des TAR, ou du C&D pour le VIH ou d'autres services appropriés.

Cet indicateur décrit le niveau général de la disponibilité de l'intervention par rapport à la taille de la population cible. Toutefois, il ne tient pas compte des éléments qui conditionnent l'accessibilité, comme la localisation géographique du service et la facilité avec laquelle la population cible accède au service.

### 3.4 Couverture des interventions

Le terme de *couverture* peut être utilisé pour décrire différents aspects de la portée et de l'efficacité des interventions.<sup>49</sup> Dans le présent *Guide*, le terme couverture est utilisé pour décrire la portée d'une intervention mise à la disposition d'une population cible, autrement dit, la proportion de la population cible effectivement couverte par l'intervention.

Tenter de définir des indicateurs de couverture pose de nombreux défis. Le dénominateur utilisé pour mesurer la couverture d'une intervention doit être considéré avec beaucoup de soin. Par exemple, les estimations disponibles sur le nombre d'UDI dans un pays peuvent ne pas inclure les personnes actuellement sous traitement, ce qui aura une incidence sur la mesure de la proportion d'UDI touchés par ce traitement.

Si la couverture est définie comme le nombre de personnes touchées par une intervention, cela pourrait se référer à tout contact, plutôt qu'à un contact *efficace*. Le nombre de fois auquel une personne accède à un service est également important: un UDI touché une fois par an par le PAS se distingue qualitativement d'un UDI touché tous les jours pendant un an par ce même PAS. Pour être efficaces, certaines interventions nécessitent un contact quotidien avec les UDI, comme les TSO, alors que pour d'autres interventions, comme le D&C les contacts fréquents ne sont pas nécessaires. Bien qu'encore controversé aujourd'hui, le consensus actuel est qu'un accès à un PAS est considéré comme un accès régulier, s'il a lieu, **au moins une fois par mois**.

Il est également important de faire la distinction entre le *nombre d'utilisateurs* qui accèdent à un service et le *nombre de contacts* avec l'utilisateur pour le service. Un problème commun à la collecte de données est que les programmes ont tendance à enregistrer le nombre de contacts avec les clients, puis le confondent avec le nombre de clients touchés. Pour mesurer l'accessibilité et sa régularité (plutôt que le nombre de contacts), un système anonyme d'enregistrement des contacts est requis. Une méthode courante consiste à fournir à chaque client un *code d'identification unique* (UIC). Ceci permet à un service d'enregistrer la fréquence des contacts et, en particulier, révéler si un client est régulièrement touché.<sup>50, 51</sup> Cette méthode de mesure peut s'avérer encore plus précise si le même code unique d'identification est également utilisé par les différents services.

Une autre méthode de mesure de la couverture des PAS consiste à calculer le *nombre de seringues distribuées par UDI, par année*. Des difficultés quant à la manière de compter les aiguilles et les seringues ont été signalées. Certaines seringues utilisées sont des unités de 1 ml ou 2 ml comportant seringues et aiguille, tandis que d'autres sont des seringues qu'il faut équiper d'une aiguille supplémentaire. Certains pays ont fait état de

chiffres très différents en termes d'aiguilles et de seringues distribuées. Dans ces circonstances, les deux chiffres doivent être enregistrés.

### 3.5 Qualité des interventions

La qualité englobe la portée, le caractère complet, *l'efficacité, l'efficience* et la *sécurité* des interventions. La qualité d'une intervention détermine de façon critique son impact sur l'épidémie.<sup>80</sup> A titre d'exemple, les programmes de TSO par la méthadone à faible dose, seront beaucoup moins efficaces et auront beaucoup moins d'impact que ceux qui offrent des dosages plus élevés. Un TSO délivré en combinaison avec un soutien psychosocial sera plus efficace et aura un plus grand impact.<sup>13, 52</sup>

Evaluer la qualité est une opération complexe. Toutefois, nous proposons ici des mesures relativement simples pour déterminer le respect des normes de qualité; c'est-à-dire, si une intervention répond à une norme définie. Ces normes de qualité peuvent être fixées par les *guides* de l'ONUUDC / l'OMS / l'ONUSIDA ou par d'autres autorités.<sup>53</sup>

Pour les TSO, des données supplémentaires comme la dose administrée et la durée du traitement sont à considérer. Les modalités et la qualité des traitements des addictions autres que les TSO varient considérablement. Cependant, des guides relatifs à la qualité de ces différents traitements de la dépendance aux drogues sont disponibles. Des guides pour les bonnes pratiques concernant ces différentes interventions sont accessibles via Treatnet ([www.ONUUDC.org/treatment/index.html](http://www.ONUUDC.org/treatment/index.html)).<sup>25</sup>

De même, en ce qui concerne la TAR destinée aux UDI, il existe des recommandations pour un service de qualité, en particulier pour les posologies qui prennent en considération l'hépatotoxicité et les interactions entre drogues et médicaments.<sup>54</sup> L'Information, l'Education et la Communication (IEC) délivrées lors des approches de proximité constituent une stratégie de prévention du VIH très efficace.<sup>36</sup> Des indicateurs simples sont proposés dans ce *Guide Technique*. Cependant, étant donné la nécessité de distribuer du matériel nouveau et varié et de délivrer régulièrement des messages, des indicateurs de qualité plus complexes peuvent également être élaborés localement.

La qualité du Dépistage et Conseil (D&C) pour le VIH / SIDA fait actuellement l'objet d'un large débat. L'accès au D&C volontaire est un élément important des programmes de VIH dans tous les cas de figure. L'OMS et l'ONUSIDA ont publié des directives sur le Dépistage et Conseil initié par le prestataire de soins ou Provider Initiate Testing and Counseling, PITC,<sup>17, 79</sup> où il est recommandé que dans toute situation épidémique, l'on doit conseiller un D&C à tous les adultes, les adolescents ou les enfants qui, dans un établissement de soins, présentent des signes, des symptômes ou des pathologies

qui évoquent une infection par le VIH, y compris la tuberculose. Dans les milieux où l'épidémie est généralisée, le D&C devrait être recommandé à tous ceux qui se présentent dans structure de santé. Dans des contextes d'épidémie concentrée et de faible niveau, le PITC pourrait être proposé dans les services pour les populations les plus exposées. L'OMS et l'ONUSIDA élaborent actuellement des directives spécifiques pour les pays présentant une épidémie concentrée au sein d'une population déterminée, comme par exemple les UDI. Certaines mesures de qualité élémentaires doivent s'assurer que le dépistage du VIH est volontaire, et qu'il est entrepris avec le consentement de l'intéressé et comprend le conseil<sup>18</sup>. Dans certains pays, le dépistage est obligatoire dans les prisons.

Un autre aspect important de la qualité est la *satisfaction du bénéficiaire* ou le *caractère convivial* de l'intervention. Cette information peut être obtenue en effectuant des

enquêtes auprès des bénéficiaires pour évaluer s'ils sont satisfaits du personnel, si les services sont disponibles quand ils en ont, etc.

Un personnel de programme bien formé et soutenu améliore la qualité des programmes. Des indicateurs définis localement et intégrant cet aspect pourraient également être élaborés.

Les caractéristiques opérationnelles d'une intervention peuvent avoir un impact important sur la qualité. Par exemple, des différences dans les caractéristiques opérationnelles des PAS, notamment des restrictions sur le nombre de seringues distribuées par usager, peuvent avoir une influence sur l'efficacité. Il a été démontré que les PAS ne limitant pas le nombre de seringues distribuées obtiennent des niveaux de couverture plus élevés et une diminution plus importante de la contamination au VIH liée aux pratiques à risques de l'injection.<sup>40</sup>

#### Exemples de lignes directrices pour l'exécution d'interventions différentes:

- ▶ WHO. Chapter 5 - HIV/AIDS treatment and care for injecting drug users; Chapter 6 – Management of hepatitis C and HIV coinfection; Chapter 7 – Management of hepatitis B and HIV coinfection. In: *HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.<sup>54</sup> Available at: <http://www.euro.who.int/Document/E90840.pdf>
- ▶ WHO, UNAIDS, UNODC. *A guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva, WHO, 2007.<sup>51</sup>
- ▶ WHO. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva, WHO, (in press). Available at: [http://www.who.int/substance\\_abuse/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/en/index.html)<sup>55</sup>
- ▶ WHO. *Operational guidelines for the management of opioid dependence in the South-East Asia Region*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008. Available at: [http://www.who.int/hiv/topics/idu/drug\\_dependence/OSTguidelinesSEA.pdf](http://www.who.int/hiv/topics/idu/drug_dependence/OSTguidelinesSEA.pdf)<sup>56</sup>
- ▶ WHO, UNAIDS. *Guidance on provider-initiated testing and counselling in health facilities*. Geneva, WHO, 2007. Available at: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf)<sup>17</sup>
- ▶ WHO SEARO, WHO WPRO, UNODC. *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009 (in press).<sup>18</sup>
- ▶ UNAIDS. *Practical guidelines for intensifying HIV prevention*. Geneva, Switzerland, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2007.<sup>79</sup>

## 3.6 Impact potentiel des interventions

Ce *guide technique* ne concerne pas, à priori, la mesure de l'impact des interventions. Toutefois, les données de base sur l'impact de chacune des interventions essentielles sont d'une très grande utilité.

L'*incidence* du VIH est le meilleur indicateur de l'impact des interventions de prévention du VIH, mais elle est généralement difficile à recueillir. La modélisation mathématique peut être utilisée pour estimer l'incidence du VIH.<sup>57</sup>

Il faudra un certain temps avant que les données sur la *prévalence* du VIH ne puissent révéler des changements dans le risque d'infection, mais elles peuvent constituer un indicateur utile à long terme. La compréhension et l'évaluation du système de surveillance sont nécessaires pour arriver à une interprétation pertinente des données. Ainsi, l'augmentation du nombre d'UDI pourrait être le résultat d'une meilleure surveillance sentinelle dans ce groupe; une diminution pourrait être le résultat d'une stigmatisation accrue et la réticence des UDI à subir des dépistages. En outre, lorsque les UDI ont accès au traitement et aux soins, la prévalence du VIH pourrait croître avec l'augmentation de l'espérance de vie des UDI porteurs de VIH, même si l'incidence de l'infection liée au VIH reste stable ou diminue.

Les modèles de projections indiquent que la transmission du VIH peut être réduite par des interventions qui diminuent la fréquence des injections et les pratiques de partage. Des études de cas suggèrent qu'une large couverture des interventions de prévention du VIH chez les UDI peut éviter ou retarder des épidémies potentielles du VIH chez les UDI et leur propagation à la population générale.<sup>58, 81</sup>

Dans ce *Guide Technique*, des indicateurs d'impact supplémentaires sont proposés afin d'évaluer les changements de comportements liés à l'injection, comme le partage du matériel et la fréquence d'injection. Ces indicateurs d'impact sont énumérés dans le *Guide* sous différentes interventions. Il convient, néanmoins, de tenir compte du fait que les changements observés dans ces comportements seront de toute évidence dus à de multiples facteurs et à une combinaison d'interventions. Dans la plupart des cas, les changements observés sont peu susceptibles d'être imputés à une intervention isolée.

### 3.7 Sources de données

Les données requises pour les indicateurs présentés dans ce *Guide Technique* peuvent être rassemblées à partir de multiples sources. Dans la plupart des pays, ces données ne sont pas recueillies par un organisme unique et, dans la majorité des cas, ne sont pas organisées ou collectées

de façon centrale. Disposer d'un organisme national unique bien soutenu pour examiner et rapporter les données nationales sur une base régulière est un atout.

Les données recueillies par les services - *données de programme* - peuvent être utilisées pour déterminer le nombre de fois où le service a été délivré et le nombre de personnes en contact avec ce service. Dans le cas des PAS et des programmes de préservatifs, ceci correspondrait au nombre d'articles distribués. Il est recommandé de fixer une date de recensement pour connaître le nombre d'individus bénéficiant de TSO et autres interventions à un moment donné dans le temps. Le suivi et l'évaluation des services peuvent fournir des données intéressantes pour les indicateurs mesurant la qualité des interventions proposées. On peut ainsi évaluer, par exemple, si les directives appropriées ont été suivies.

*Les enquêtes de surveillance du comportement (ESC)*, tels que l'ESC du Family Health International (FHI), peuvent fournir des informations sur les comportements à risque liés au VIH, comme l'utilisation du préservatif et l'injection à moindre risque. Ces enquêtes sont également utiles pour mesurer l'impact des interventions. L'ESC<sup>59</sup> du FHI est recommandée. Une surveillance sentinelle des UDI peut être entreprise pour suivre l'évolution de la prévalence du VIH chez les UDI.

Les systèmes de surveillance des maladies infectieuses peuvent également fournir des données sur les cas déclarés de VIH, de SIDA et d'hépatites virales.

**Les lignes directrices sur la collecte et l'interprétation des données de surveillance sentinelle sont disponibles dans le document :**

- ▶ Groupe de travail ONUSIDA et OMS sur la surveillance mondiale du VIH / SIDA et des IST. Lignes directrices pour les deuxièmes générations de surveillance du VIH: la prochaine décennie. Genève, OMS, ONUSIDA, 2000. Disponible à: [www.OMS.int/hiv/pub/surveillance/fr/](http://www.OMS.int/hiv/pub/surveillance/fr/) (site consulté le 31 Décembre 2008),<sup>60</sup>

### 3.8 Définition des objectifs

Il n'existe aucune formule universelle pour la fixation d'objectifs. Quelques données limitées sont disponibles pour aider à définir les niveaux minimaux de couverture requis afin que les interventions puissent avoir l'impact escompté.

Une multitude de facteurs peuvent influencer sur l'ampleur des comportements à risque et les niveaux de transmission du VIH parmi les UDI. Ces facteurs influent sur le niveau minimal de couverture nécessaire dans un contexte donné. Par exemple, dans un contexte de prévalence élevée du VIH parmi les UDI, des niveaux élevés de couverture par des interventions de prévention du VIH tels que les PAS sont requis.

La modélisation mathématique a démontré que plus tôt une intervention est introduite dans le décours d'une

épidémie, plus elle sera efficace en terme de contrôle de la propagation du VIH.

Afin de fixer des objectifs de niveau de couverture réalisables, il convient d'examiner ces variables. Une telle information peut s'avérer difficile à obtenir mais l'absence de ces données ne devrait pas constituer un obstacle pour la réponse. Des objectifs utiles peuvent être déterminés si l'on admet que des niveaux de couverture plus élevés sont nettement supérieurs aux niveaux inférieurs.

Partant de la réflexion sur ces difficultés et ces lacunes, les niveaux indicatifs pour les objectifs présentés dans ce *Guide Technique* sont basés sur un consensus entre experts et couvrent les niveaux de couverture atteints dans les pays qui ont eu le plus de résultats en matière de réduction ou de prévention des niveaux élevés de l'infection au VIH parmi les UDI. Différents objectifs donnés à titre indicatif et exprimés par une fourchette, sont fournis pour chaque intervention.

A la lumière des niveaux cibles indicatifs proposés dans ce *Guide Technique*, les pays doivent fixer leurs propres objectifs pour chaque intervention en se référant à leur situation au niveau national. Chaque pays devrait s'accorder sur une mesure crédible de la population cible et fixer des

objectifs ambitieux mais réalistes pour les interventions du package. Les objectifs choisis devraient permettre aux programmes de savoir s'ils apportent une différence à l'épidémie, sachant que les fourchettes inférieures ont moins d'impact sur l'épidémie que les fourchettes supérieures.

## Fixation d'objectifs pour la couverture du PAS

Les défis inhérents à la définition des objectifs pour la couverture des PAS illustrent bien la complexité de cette tâche dans l'état actuel des connaissances. Il n'existe aucun niveau de couverture qui ait été unanimement reconnu comme suffisant pour toutes les situations. Certains ont suggéré que les taux de couverture de PAS de 20 -33% sont suffisants.<sup>49</sup> D'autres ont suggéré que les «sites où la couverture est élevée» sont ceux où 50% des UDI ont été atteints par un ou plusieurs programmes de prévention du VIH.<sup>6</sup>

Certaines autorités recommandent que les UDI utilisent une nouvelle aiguille stérile et une seringue pour chaque injection<sup>43</sup>, ce qui suppose une connaissance de la fréquence des injections, laquelle susceptible de varier entre ceux, notamment, entre les UDI qui injectent des substances différentes. A titre d'exemple, certaines études ont constaté que les UDI qui injectent de l'héroïne le font plus fréquemment que ceux qui injectent des stimulants de type amphétamine, alors que d'autres ont souligné que dans certains cas, par exemple, lors d'une consommation compulsive d'alcool, les utilisateurs de STA recourent à des injections plus fréquentes.<sup>62-64</sup>

Pour certains chercheurs, une couverture est le nombre de seringues obtenues dans le mois par un usager par rapport au nombre d'injections dans le mois déclarées par l'usager.<sup>40, 65</sup> Ils ont observé que la distribution de plus d'une seringue par injection par injecteur est en effet très bénéfique.<sup>65</sup>

En revanche, les modélisations mathématiques<sup>57, 61</sup> et les « observations studies » menées dans les pays développés,<sup>66</sup> qui ont étudié l'impact des Programme Aiguilles et Seringues (PAS) sur la transmission du VIH, ont montré qu'une distribution de seringues, même d'"une seringue par injection", peut encore *réduire* le taux de transmission du VIH. Ces niveaux de couverture inférieurs sont considérés comme ayant été efficaces parce que les autres conditions étaient en place, à savoir, une couverture large, une qualité satisfaisante des programmes et une éducation suffisamment crédibles et régulière. Dans le cas de certains pays, comme l'Australie et le Royaume-Uni, des programmes de prévention du VIH, y compris les PAS, ont également été introduits de façon plutôt agressive à un stade précoce de l'épidémie du VIH parmi les UDI, avec pour résultat des taux de prévalence du VIH restés relativement faibles.

Il est important de reconnaître que d'autres facteurs contextuels et comportementaux ont aussi une influence sur la transmission du VIH et auront ainsi une incidence sur les niveaux de couverture nécessaires pour les PAS et sur la transmission du VIH. A titre d'exemple, utiliser une seringue après qu'un autre injecteur l'ait utilisée, présente plus de risques que si un injecteur réutilise lui-même une seringue qu'il ou qu'elle a été seule à utiliser. Dans chacune des deux situations, une éducation sur la réutilisation du matériel d'injection peut avoir un impact différent sur la prévention du VIH. Un niveau inférieur de couverture du PAS peut être suffisant pour maintenir une réponse efficace pour la prévention du VIH, si du matériel d'injection propre est également mis à disposition des personnes concernés par d'autres sources, comme les pharmacies, d'autre injecteurs, ou par achat auprès des revendeurs de rue. Le type de drogue injectée peut également influencer sur l'ampleur du risque lié à l'injection et avoir ainsi des incidences sur les niveaux de couverture nécessaires. Par exemple, certaines comparaisons du niveau du *risque* lié à l'injection entre les injecteurs de stimulants de type amphétamine et ceux qui s'injectent d'autres drogues injectables ont montré un partage plus soutenu de seringues entre les injecteurs de STA que ceux de l'héroïne.<sup>67</sup>  
<sup>68</sup>. Dans d'autres sites de telles différences n'ont pas été enregistrées.<sup>62</sup>

### Exemples de définition d'objectifs sur le terrain<sup>69</sup>

Deux consultations techniques de l'ONUSD / OMS sur la définition d'objectifs pour l'accès universel à la prévention du VIH et de soin des utilisateurs de drogues injectables en Estonie, en Lettonie, en Lituanie et en Pologne (Vilnius, Lituanie, le 23 Mars 2007) et en Asie centrale et l'Azerbaïdjan (Tachkent, Ouzbékistan, 28 -30 Mai 2007) ont contribué à l'élaboration et l'expérimentation sur le terrain de ce *Guide Technique*.

Des populations (dénominateurs) d'UDI étaient disponibles pour la plupart des pays impliqués dans les essais sur le terrain. Ceci étant, cependant, la qualité de ces données a été variable. La disponibilité des services varie considérablement - par exemple, dans certains pays d'Asie centrale, les TSO n'ont pas encore été introduits. Dans de nombreux pays l'accès était limité. Ainsi et à titre d'exemple, on peut citer la localisation géographique (puisque dans de nombreux pays, les interventions essentielles n'étaient disponibles que dans les grandes villes et / ou non disponibles dans des zones difficiles d'accès, des lieux comme les prisons); l'accessibilité des prix (par exemple, dans certains pays les patients devaient payer pour le TSO ou autres services auxiliaires), l'équité et la discrimination (la plupart des pays avaient des critères d'exclusion autres que médicaux, par exemple le TSO a été limité aux personnes ayant dépassé un certain âge ou aux UDI vivant avec le VIH ou dont des traitements de la toxicomanie avaient «échoué»), et le rationnement (l'offre de services a été limitée pour des considérations de coûts ou d'autres considération non déterminées par le besoin). La qualité des programmes est également variable et de nombreux programmes dans cette région sont ancrés dans une philosophie et une approche orientée vers l'abstinence.

Le test sur le terrain de ce *Guide* a révélé l'intérêt de débattre et de parvenir à un consensus national sur les objectifs dans la vaste étendue d'interventions qui compose l'ensemble intégré. Dans l'ensemble, il y a une tendance à choisir des objectifs réalistes et atteignables qui restent en deçà des niveaux nécessaires pour avoir un impact sur l'épidémie du VIH. Par exemple, la couverture actuelle des TSO, dans les trois pays, varie entre 2% et 5%, ce qui est considéré comme «un faible niveau de couverture», alors que les objectifs de couverture prévus variaient entre 7% et 20% à l'horizon 2010, ce qui peut au mieux être considéré comme « un niveau moyen de couverture ». Les objectifs pour les PAS, sont beaucoup plus ambitieux, se situant entre 5% et 40% en 2007, avec des objectifs très ambitieux pour 2010 allant de 25% pour l'un à 60% pour les quatre autres pays. Ce dernier objectif est évalué comme « niveau de couverture élevé ». L'écart entre les objectifs de ces deux interventions dans ces pays peut s'expliquer par les différents environnements de soutien, avec plus de soutien politique pour la mise en œuvre et l'élargissement des PAS, que pour les TSO.

### 3.9 Prochaines étapes: Après la définition des objectifs

Une fois les objectifs définis, il est nécessaire de les rendre opérationnels et de les contrôler, ce qui exige la mise en place d'un *plan opérationnel* et un cadre de *travail pour le suivi et l'évaluation* correspondant.

***Les conseils relatifs à l'opérationnalisation, le suivi et l'évaluation des interventions ne font pas partie du champ d'application de ce Guide, mais peuvent être consultés dans les documents suivants:***

- ▶ WHO. *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva, WHO, 2007. Available at: [http://www.who.int/hiv/idu/Guide\\_to\\_Starting\\_and\\_Managing\\_NSP.pdf](http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf)<sup>51</sup>
- ▶ WHO. *Guidelines for psychosocially-assisted pharmacotherapy for the management of opioid dependence*. Geneva, WHO, (in press).<sup>55</sup>
- ▶ UNODC. *Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide*. Vienne, UNODC, 2003.<sup>70</sup> disponible à: [http://www.UNODC.org/pdf/report\\_2003-07-17\\_1.pdf](http://www.UNODC.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf)

## 4. Cadre de travail pour l'élaboration des indicateurs et des objectifs indicatifs

Bien qu'essentiellement destiné à **fixer les objectifs nationaux**, ce *Guide* sera également utile pour définir les objectifs pour des régions dans des pays de

grande étendue géographique. Il faudra déterminer la portée géographique et l'explicitier.

### 4.1 Programmes d'aiguilles et de seringues (PAS)

#### Disponibilité

**4.1.1 Est-ce que les PAS (y compris les pharmacies fournissant des aiguilles et des seringues gratuites) existent?**

Réponse : Oui / Non

**4.1.2 Les ventes en pharmacie d'aiguilles et de seringues sont elles présentes ?**

Réponse : Oui / Non

**4.1.3 Sites PAS (y compris les pharmacies fournissant des aiguilles et des seringues gratuites) pour 1000 UDI:**

Sources de données : Données du programme  
Numérateur : Nombre de sites PAS (y compris les pharmacies fournissant des aiguilles et des seringues gratuites)  
Dénominateur : (Nombre d'UDI) / 1000  
Cible : Spécifique au contexte (devrait considérer la répartition géographique de la population cible et les autres facteurs locaux ayant une influence sur l'accessibilité)

**4.1.4 Ventes en pharmacies par 1000 UDI**

Source des données : Données du programme  
Numérateur : Nombre de pharmacies vendant les seringues  
Dénominateur : (nombre d'UDI) / 1000  
Cible : Spécificité au contexte (devrait examiner la répartition géographique de la population cible et d'autres facteurs locaux influant l'accessibilité)

#### Couverture

Trois indicateurs de couverture sont présentés. La disponibilité de données peut déterminer lesquels de ces indicateurs devraient être mesurés.

**4.1.5 Pourcentage des UDI régulièrement atteints par les PAS**

Source des données : Données du Programme  
Numérateur : Nombre d'UDI qui ont accédé à un PAS, une fois par mois ou plus au cours des 12 derniers mois  
Dénominateur : Nombre d'UDI  
Cibles : Faible :  $\leq 20\%$   
Moyen :  $> 20 - \leq 60\%$   
Élevé :  $> 60\%$   
Commentaire : Le numérateur doit calculer les bénéficiaires et non le nombre de contacts ou les opportunités de service enregistrées par les PAS. Le niveau élevé des cibles est basé sur une analyse rétrospective de la couverture qu'il a fallu adopter pour inverser l'épidémie VIH / sida parmi les UDI à New York<sup>71</sup>

**4.1.6 Pourcentage d'UDI régulièrement atteints par les PAS durant le dernier mois**

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'UDI qui ont eu accès au PAS durant le mois dernier
Dénominateur :	Nombre d'UDI
Cibles :	Faible : <20% Moyen : >20 – <60% Élevé : >60%
Commentaire :	Le numérateur doit calculer les clients individuels et non le nombre de contacts ou les opportunités de service enregistrées par les services des PAS

**4.1.7 Seringues distribuées par UDI par an**

Source des données :	Données du programme data
Numérateur :	Nombre de seringues distribuées durant les 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI
Cibles :	Faible : <100 par UDI par an Moyen : >100 – <200 Élevé : >200
Commentaire :	Ces niveaux sont basés sur des études réalisées dans des lieux situés dans des pays développés examinant les niveaux de distribution des seringues et l'impact sur la transmission du VIH 57, 66. Il convient de noter que les niveaux requis pour la prévention de l'hépatite C sont susceptibles d'être beaucoup plus élevés que ceux présentés ici. Dans la plupart des cas, seules les données sur le nombre de seringues distribuées par l'intermédiaire des PAS, et non sur les ventes en pharmacie, seront disponibles.

Qualité

**4.1.8 Pourcentage des sites des PAS adhérant aux directives de l'OMS sur les PAS<sup>51</sup>**

Source des données :	Programme du suivi et de l'évaluation
Numérateur :	Nombre des sites des PAS adhérant aux directives de l'OMS sur les PAS <sup>51</sup>
Dénominateur :	Nombre de sites de PAS
Cibles :	Faible : <50% Moyen : >50 – <80% Élevé : >80%

**4.1.9 Pourcentage des sites des PAS adhérant aux recommandations de l'ONUSIDA relatives aux meilleures pratiques de la prévention du VIH chez les UDI<sup>6</sup>**

Source des données :	Programme du suivi et de l'évaluation
Numérateur :	Nombre des sites des PAS adhérant aux meilleures pratiques de l'ONUSIDA <sup>6</sup>
Dénominateur :	Nombre de sites des PAS
Cibles :	Faible : <50% Moyen : >50 – <80% Élevé : >80%

**4.1.10 Pourcentage des contacts au cours desquels les clients accèdent au PAS et reçoivent des IEC**

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombres d'opportunités où les clients accèdent aux PAS et reçoivent des IEC (à savoir: le nombre d'événements qui touchent le client dans un PAS impliquant une initiative IEC pour le client)
Dénominateur :	Nombre total des opportunités de recevoir un service des PAS
Cibles :	Faible : <20% Moyen : >20 – <40% Élevé : >40%

#### 4.1.11 Pourcentage des contacts au cours desquels les clients accèdent à des PAS et reçoivent des préservatifs

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombres des contacts au cours desquels les clients accèdent des PAS et reçoivent des préservatifs (à savoir: le nombre d'événements qui touchent le client dans un réseau des fournisseurs de services et où ces derniers reçoivent des préservatifs)
Dénominateur :	Nombre total des opportunités des services des PAS
Cibles :	Faible : <20% Moyen : >20 – <40% Élevé : >40%

### Indicateurs d'impact potentiel

---

#### 4.1.12 Augmentation du pourcentage d'UDI ayant déclaré avoir utilisé un matériel d'injection stérile pour l'injection, la dernière fois où ils ont eu recours à l'injection

Source des données :	Enquêtes de surveillance des comportements (ESC) (à savoir l'ESC du FHI pour les UDI). Cet indicateur est aussi un indicateur essentiel de la SSAGNU sur le processus du reporting du VIH pour le suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA <sup>7</sup>
Numérateur :	Nombre de répondants ayant déclaré avoir utilisé un matériel stérile la dernière fois où ils ont eu recours à l'injection
Dénominateur :	Nombre de répondants ayant déclaré avoir injecté une drogue au courant du mois dernier

#### 4.1.13 Réduction de la prévalence du VIH parmi les UDI

Source des données :	Surveillance sentinelle du VIH chez UDI
Numérateur :	Nombre d'UDI ayant le VIH dans l'échantillon
Dénominateur :	Nombre d'UDI dans l'échantillon

## 4.2 Traitement de la dépendance aux drogues

### 4.2a Traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Le TSO est disponible sous de nombreuses formes. Les plus couramment utilisées sont la méthadone et / ou la buprénorphine. Lorsque, dans un pays, une gamme de substances de substitution est utilisée, ces dernières devraient toutes être incluses dans la mesure de ces indicateurs. Les TSO pour les personnes dépendantes aux opiacés non injectables sont également considérés dans le présent *Guide*, car le passage à l'injection au sein de ce groupe n'est pas rare. Un traitement de la dépendance aux opiacés diminue, par conséquent, la probabilité de passer à l'injection et peut être considéré comme une stratégie de prévention du VIH.

### Disponibilité

---

#### 4.2a.1 Est ce que les TSO sont disponibles ?

Réponse :	Oui/ Non
-----------	----------

#### 4.2a.2 Sites de TSO par 1000 injecteurs d'opiacés

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre de sites de TSO
Dénominateur :	(Nombre d'injecteurs d'opiacés)/1000
Cibles :	Spécifique au contexte (la distribution géographique ainsi que d'autres facteurs locaux ayant une incidence sur l'accessibilité devront être pris en compte)

#### 4.2a.3 Sites de TSO par 1000 personnes dépendantes aux opiacés

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre de sites de TSO
Dénominateur :	(Nombre de personnes dépendantes aux opiacés y compris les injecteurs et les non-injecteurs)/1000
Cibles :	Spécifique au contexte (la distribution géographique ainsi que d'autres facteurs locaux ayant une incidence sur l'accessibilité devront être pris en compte)

## Couverture

### 4.2a.4 Pourcentage de personnes dépendantes aux opiacés sous TSO à la date du recensement

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre de personnes sous TSO à la date du recensement
Dénominateur :	Nombre de personnes dépendantes aux opioïdes (incluant les injecteurs et les non-injecteurs)/1000
Cibles :	Faible : < 20% Moyen : <20 – <40% Élevé : >40%
Comment :	Niveau d'objectif élevé sur la base des niveaux de couverture réalisés dan les pays avec des programmes de TSO bien établis

### 4.2a.5 Ratio du nombre de personnes sous TSO par rapport au nombre d'injecteurs d'opiacés

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre de personnes sous TSO à la date du recensement
Dénominateur :	Nombre d'injecteurs d'opiacés
Cibles :	Faible : < 0.2% Moyen : <0.2 – <40% Élevé : >0.4%
Comment:	Niveau d'objectif élevé sur la base des niveaux de couverture réalisés dan les pays avec des programmes de TSO bien établis

### 4.2a.6 Pourcentage d'injecteurs d'opiacés sous TSO

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre de D'UDI sous TSO à la date du recensement
Dénominateur :	Nombre d'injecteurs d'opiacés
Cibles :	Faible : < 20% Moyen : <20 – <40% Élevé : >40%
Comment :	Niveau d'objectif élevé sur la base des niveaux de couverture réalisés dan les pays avec des programmes de TSO bien établis

## Qualité

### 4.2a.7 Pourcentage des sites de TSO adhérant aux directives de l'OMS <sup>55,56</sup>

Source des données :	Programme du suivi et de l'évaluation
Numérateur :	Nombre des sites de TSO adhérant aux directives de l'OMS, <sup>56</sup>
Dénominateur :	Nombre de sites de TSO
Cibles :	Faible : <50% Moyen : >50 – <80% Élevé : >80%

### 4.2a.8 Pourcentage de programmes de TSO fournissant un soutien psychosocial

Source des données :	Programme de suivi et de l'évaluation
Numérateur :	Nombre de sites/programmes offrant un soutien psychosocial à tous les patients sous TSO
Dénominateur :	Nombre de sites/ programmes de TSO
Cibles :	Faible : <50% Moyen : >50 – <80% Élevé : >80%

#### 4.2a.9 Pourcentage des patients sous TSO qui reçoivent une dose d'entretien

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre de patients sous TSO qui reçoivent une dose de maintenance de >60 mg de méthadone ou 12 mg de buprénorphine
Dénominateur :	Nombre de patients sous TSO à la date du recensement
Cibles :	Faible : <50% Moyen : >50 – <80% Élevé : >80%
Commentaire :	Les données étayées montrent que les doses d'entretien de 60–120 mg méthadone ou 12–24 mg buprénorphine sont optimales. <sup>55</sup>

#### 4.2a.10 Pourcentage de personnes actuellement sous TSO qui ont été sous TSO de façon continue durant les 12 derniers mois

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre de personnes ayant été sous traitement de manière continue au moins pendant 6 mois durant les 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre de patients sous TSO à la date du recensement
Cibles :	Faible : <50% Moyen : >50 – <80% Élevé : >80%
Commentaire :	Les données étayées montrent qu'une durée > à 6 mois est optimale. <sup>55</sup>

#### 4.2a.11 Durée moyenne du TSO

Source des données :	Données du programme
Cible :	6 mois ou plus

#### 4.2a.12 Dose d'entretien moyenne de la TSO

Source des données :	Données du programme
Cible :	60 mg de méthadone par jour ou 12 mg de buprénorphine

## Indicateurs de l'impact potentiel

---

#### 4.2a.13 Pourcentage d'UDI sous TSO ayant déclaré avoir utilisé un équipement stérile pour l'injection la dernière fois où ils ont eu recours à l'injection

Source de données :	Enquêtes de surveillance des comportements (ESC) (à savoir l'ESC du FHI pour les UDI).
Numérateur :	Nombre de répondants ayant déclaré avoir utilisé un équipement stérile la dernière fois où ils ont eu recours à l'injection
Dénominateur :	Nombre de répondants actuellement sous TSO ayant déclaré avoir injecter une drogue au cours du dernier mois
Commentaire :	Cette mesure donne une idée sur l'impact de cette intervention sur les personnes qui en bénéficient. Bien que signalé comme « indicateur d'impact », il peut également servir d'indicateur pour évaluer la qualité de l'intervention.

#### 4.2a.14 Réduction de la fréquence des injections

Source de données :	Enquêtes de surveillance des comportements (ESC) (à savoir l'ESC du FHI pour les UDI).
Numérateur :	Nombre d'UDI qui injectent une ou plusieurs fois par jour
Dénominateur :	Nombre d'UDI recevant un TSO dans l'échantillon
Commentaire :	Cette mesure donne une idée de l'impact de cette intervention sur les personnes qui en bénéficient. Bien que signalé comme « indicateur d'impact » il peut également servir d'indicateur pour évaluer la qualité de l'intervention.

#### 4.2a.15 Réduction de la prévalence du VIH chez les UDI

Source des données :	Surveillance sentinelle du VIH chez les UDI
Numérateur :	Nombre des UDI dans l'échantillon testés positifs pour le VIH
Dénominateur :	Nombre d'UDI dans l'échantillon

### 4.2b Traitement de la dépendance à d'autres drogues

#### Disponibilité

---

##### 4.2b.1 Parmi les interventions suivantes pour la dépendance aux drogues qui suivent lesquelles sont disponibles ?

- a) Des services de désintoxication pour drogues (y compris les services résidentiels et ambulatoire, mais ne comprend pas l'injonction thérapeutique ni la désintoxication forcée)
- b) Les programmes de réhabilitation (y compris les services résidentiels et ambulatoires mais ne comprend pas la réhabilitation forcée ou obligatoire)
- c) Thérapies Cognitivo-comportementales (TCC)
- d) Le contingency management (prévention des rechûtes)
- e) Le soutien psychosocial et le conseil
- f) Soutien par les pairs (par exemple, Narcotiques Anonymes)
- g) D'autres interventions - celles-ci doivent être spécifiées

##### 4.2b.2 Sites de Traitement par 1000 UDI

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre de sites proposant chaque intervention
Dénominateur :	(Nombre d'UDI)/1000
Cible :	Spécifique au contexte (Tient compte la distribution géographique de la population cible et tout autre facteur local ayant une incidence sur l'accessibilité)

#### Couverture

---

##### 4.2b.3 Ratio des UDI sous traitement

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre d'UDI sous un traitement spécifique/intervention à la date du recensement
Dénominateur :	Nombre d'UDI
Cibles :	Faible : <0.1 Moyen : >0.1– <0.3 Élevé : >0.3

#### Qualité

---

##### 4.2b.4 Pourcentage de centres de traitement respectant les directives reconnues <sup>70</sup>

Source des données :	Programme de suivi et d'évaluation
Numérateur :	Nombre de sites de traitement qui suivent les directives reconnues <sup>70</sup>
Dénominateur :	Nombre de sites de traitement
Cibles :	Faible : <50% Moyen : > 50 - <80% Élevé : > 80 %

#### 4.2b.5 Pourcentage d'individus sous traitement volontaire plutôt qu'obligatoire

Sources des données :	Programme de suivi et d'évaluation
Numérateur :	Nombre d'individus suivant un traitement non obligatoire
Dénominateur :	Nombre d'individus sous traitement: 100% du traitement volontaire est souhaitable
Cibles :	Le numérateur doit inclure tous les patients sous traitement volontaire.
Commentaire :	Les personnes sous traitement par injonction thérapeutique (par exemple, ceux orientés vers un traitement obligatoire comme alternative à l'incarcération) doivent également être incluses dans le numérateur, de même que les détenus qui reçoivent un traitement en prison. Les personnes qui ont été incarcérées à des fins thérapeutiques, par exemple, dans des camps de traitement obligatoire, ne devraient pas être incluses dans le numérateur.

### Indicateurs d'impact potentiel

---

#### 4.2b.6 Pourcentage d'UDI sous traitement non substitutif ( non TSO) ayant déclaré avoir utilisé du matériel stérile d'injection la dernière fois qu'ils ont eu recours à l'injection

Source des données :	Les enquêtes de surveillance du comportement (ESC du FHI par exemple pour les UDI)
Numérateur :	Nombre de répondants déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois où ils se sont injectés des drogues
Dénominateur :	Nombre de répondants bénéficiant d'une intervention déclarant avoir injecté au courant du dernier mois:
Commentaire :	Cette mesure donne une idée de l'impact de cette intervention sur ceux qui en bénéficient. Bien qu'elle soit répertoriée comme un «indicateur d'impact», elle pourrait aussi être considérée comme un indicateur permettant d'évaluer la qualité de l'intervention.

#### 4.2b.7 Réduction de la fréquence des injections

Source des données :	Les enquêtes de surveillance du comportement (par exemple l'ESC du FHI pour les UDI)
Numérateur :	Nombre d'UDI qui injectent une fois par jour ou plus
Dénominateur :	Nombre d'UDI bénéficiant de l'intervention de l'échantillon <i>ou bien:</i>
Source des données :	Les enquêtes de surveillance du comportement (par exemple l'ESC du FHI pour les UDI)
Numérateur :	Nombre moyen d'injections par UDI par semaine,
Echantillon :	Les UDI bénéficiant d'une intervention
Commentaire :	Cette mesure donne une idée de l'impact de cette intervention sur ceux qui en bénéficient. Bien qu'elle soit répertoriée comme un «indicateur d'impact», elle pourrait aussi être considérée comme un indicateur permettant d'évaluer la qualité de l'intervention.

#### 4.2b.8 Réduction de la prévalence du VIH parmi les UDI

Source des données :	Surveillance sentinelle du VIH parmi les UDI
Numérateur :	Nombre d'UDI dans l'échantillon testé positif au VIH
Dénominateur :	Nombre d'UDI dans l'échantillon

## 4.3 Dépistage du VIH et conseil (D&C)

### Disponibilité

#### 4.3.1 Est-ce que le dépistage et le conseil (D&C) sont disponibles pour les UDI?

Réponse : Oui / Non

#### 4.3.2 Sites de D&C par 1000 UDI

Source des données : Données du programme  
 Numérateur : Nombre de sites offrant le D&C aux UDI  
 Dénominateur : (Nombre d'UDI) / 1000  
 Cible : Spécifique au contexte (devrait tenir compte de la répartition géographique de la population cible et d'autres facteurs locaux ayant une influence sur l'accessibilité)

### Couverture

#### 4.3.3 Pourcentage des UDI ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et informés du résultat

Source des données : Les enquêtes de surveillance du comportement (par exemple l'ESC du FHI pour les CDI). Cet indicateur est également un indicateur de base de l'UNGASS sur le processus de déclaration du VIH pour le suivi de *la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*.<sup>7</sup>  
 Numérateur : Nombre d'UDI dans l'échantillon testé pour le VIH au cours des 12 derniers mois et informés du résultat  
 Dénominateur : Nombre d'UDI dans l'échantillon  
*ou bien :*  
 Source des données : Données du programme  
 Numérateur : Nombre des UDI testés pour le VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont été informés des résultats  
 Dénominateur : Nombre d'UDI dans l'échantillon  
 Cibles : Faible : ≤40%  
 Moyen : > 40 - ≤75%  
 Élevé : > 75%

### Qualité

#### 4.3.4 Pourcentage des sites respectant les directives de l'OMS sur D&C<sup>17, 18</sup>

Source des données : Programme de suivi et d'évaluation  
 Numérateur : Nombre de sites offrant des D & C et adhérant aux directives de l'OMS<sup>17, 18</sup>  
 Dénominateur : Nombre des sites de D & C  
 Cible : Faible : <50%  
 Medium : > 50 - <80%  
 Élevé : > 80%  
 Commentaire : La prestation du D&C pour le VIH / sida fait l'objet de nombreux débats aujourd'hui. L'OMS et l'ONUSIDA ont publié des directives sur le PITC (D&C initié par le prestataire de service = provider-initiated testing and counselling), où il est recommandé aux pays où l'épidémie est généralisée d'offrir le D & C à tous ceux qui fréquentent les établissements de soins (OMS / ONUSIDA Directives du PITC ).<sup>17</sup> L'OMS et l'ONUSIDA élaborent actuellement des directives spécifiques pour les pays où l'épidémie est concentrée auprès de populations spécifiques, y compris les UDI. Certaines mesures de base portant sur la qualité doivent s'assurer que le dépistage du VIH est volontaire et qu'il est effectué avec le consentement et inclue le conseil. Dans certains pays, les UDI, en particulier dans les prisons, sont obligés d'être testés sans leur consentement.

## Indicateurs d'impact potentiel

---

### 4.3.5 Augmentation du pourcentage d'UDI connaissant leur statut sérologique

Source des données :	Les enquêtes de surveillance comportementale (A titre d'exemple l'ESC du FHI pour les UDI) qui incluent le dépistage du VIH des participants
Numérateur :	Nombre de participants qui étaient au courant de leur statut confirmé par un test
Dénominateur :	Nombre de participants

### 4.3.6 Augmentation du pourcentage d'UDI testés positifs pour le VIH orientés et évalués pour le TAR

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'UDI testés positifs pour le VIH orientés et évalués pour le TAR
Dénominateur :	Nombre d'UDI testés positifs pour le VIH

## 4.4 Traitement Anti-Rétroviral (TAR)

### Disponibilité

---

#### 4.4.1 Le TAR est-il disponibles pour les UDI actifs (par exemple, être un UDI actif n'est pas un critère d'exclusion du TAR) ?

Réponse : Oui / Non

### Couverture

---

#### 4.4.2 Pourcentage des UDI qui sont positifs pour le VIH et sous TAR

Source des données :	Données du programme; les données de prévalence du VIH
Numérateur :	Nombre d'UDI qui reçoivent un TAR
Dénominateur :	Nombre d'UDI positifs pour le VIH et qui sont sous TAR
Cibles :	Faible : $\leq 25\%$ Moyen : $> 25 - \leq 75\%$ Élevé : $> 75\%$
Commentaire :	Certains programmes ou systèmes d'enregistrement pour le TAR peuvent ne pas indiquer si un patient sous TAR est aussi un UDI: d'autres sources de données peuvent s'avérer nécessaires pour déterminer le numérateur. Il est souhaitable de déterminer le nombre d'UDI séropositifs nécessitant un TAR. Toutefois, si cette information n'est pas disponible, le nombre de tous les UDI positifs pour le VIH pourrait être utilisé à la place. Il convient également de noter que l'utilisation de données d'enregistrement du VIH est susceptible de sous-estimer le nombre d'UDI positifs pour le VIH, étant donné que beaucoup d'UDI positifs pour le VIH peuvent échapper au diagnostic. L'estimation du nombre d'UDI VIH-positifs à partir de la mesure de la prévalence du VIH parmi les UDI et de l'estimation du nombre total d'UDI, peut également être problématique, étant donné l'incertitude, tant de la prévalence du VIH que des UDI. Le choix de la méthode à utiliser pour déterminer le dénominateur de cet indicateur doit tenir compte des limites relatives des deux méthodes et les données disponibles dans le contexte national particulier. La couverture indicative pour les objectifs de la TAR est controversée. Une couverture de la TAR de 100% n'est généralement pas réalisable. La plus forte couverture atteinte dans les pays à revenus élevés est de 75-80%. Aussi, on considère ici qu'une couverture de plus de 75% correspond à un niveau élevé.

#### 4.4.3 Ratio des UDI sous TAR

Source des données :	Les données d'enregistrement du VIH, les données de programmes de TAR et enquêtes sur le traitement
Numérateur :	Nombre d'UDI sous TAR / nombre total de personnes sous TAR
Dénominateur :	Nombre d'UDI VIH- positifs attribués à l'usage de drogues injectables / le nombre total de cas du VIH,
Cibles :	≥ 1 souhaitable
Commentaire :	Cet indicateur est une mesure de l'équité d'accès à la TAR pour les UDI qui sont positifs pour le VIH par rapport à l'accès de toutes les personnes positives pour le VIH. Communément, les UDI ont les taux les plus faibles en termes d'accès au TAR comparés aux non-UDI, bien qu'il soit prouvé que la mise à la disposition des UDI d'antirétroviraux a des répercussions positives sur la santé de la population en général et malgré les preuves qui montrent également, que les UDI peuvent suivre avec succès un TAR et en tirer bénéfices. <sup>19-21</sup>

### Qualité

---

#### 4.4.4 Pourcentage des sites respectant les directives de l'OMS sur la TAR<sup>54</sup>

Source des données :	Programme de suivi et d'évaluation
Numérateur :	Nombre de sites de TAR adhérant aux directives de l'OMS sur la TAR <sup>54</sup>
Dénominateur :	Nombre de sites TAR:
	Faible : ≤50%
	Moyen : > 50 -- ≤80%
Cibles :	Elevé : > 80%

### Indicateurs d'impact potentiel

---

#### 4.4.5 Diminution de cas de sida et de mortalité associée au sida parmi les UDI

Source des données :	Données du registre VIH / sida
Indicateur :	a) Nombre de cas de sida chez les UDI séropositifs pour le VIH b) Nombre de décès liés au sida parmi les UDI

## 4.5 Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)

Des services de santé sexuelle destinés aux UDI peuvent être fournis par des organisations ou des services qui offrent un certain nombre de prestations aux UDI ou par les services de santé sexuelle en général, qui peuvent être consultés par les UDI. Il peut être difficile de recueillir des données sur l'accès des UDI aux services traditionnels de santé sexuelle, dans la mesure où ces services peuvent ne pas collecter les données sur le statut relatif à l'injection de drogues auprès de leurs bénéficiaires.

### Disponibilité

---

#### 4.5.1 Y a-t-il des sites qui offrent le dépistage et le traitement des IST pour les UDI?

Réponse : Oui / Non

#### 4.5.2 Sites d'intervention des IST pour 1000 UDI

Source des données : Données du programme  
Numérateur : Nombre de sites proposant le dépistage et le traitement des IST aux UDI (Nombre d'UDI) / 1000  
Dénominateur : Spécifiques au contexte (devrait examiner la répartition géographique de la population cible et d'autres facteurs locaux ayant une incidence sur l'accessibilité)  
Cibles :

### Couverture

---

#### 4.5.3 Pourcentage d'UDI ayant bénéficié d'un dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois

Source des données : Données du Programme  
Numérateur : Nombre d'UDI examinés au cours des 12 derniers mois  
Dénominateur : Nombre d'UDI  
*Ou bien*  
Source des données : ESC (BSS) avec des questions sur l'exposition aux interventions  
Numérateur : Nombre d'UDI examinés au cours des 12 derniers mois  
Dénominateur : Nombre d'UDI dans l'échantillon  
Cibles : Faible :  $\leq 20\%$   
Moyen :  $> 20 - \leq 50\%$   
Élevé :  $> 50\%$

### Qualité

---

#### 4.5.4 Pourcentage des sites respectant les directives de l'OMS sur le dépistage et le traitement des IST et <sup>73</sup>

Source des données : Suivi et évaluation des programmes  
Numérateur : Nombre de sites d'intervention des IST adhérant aux directives de l'OMS  
Dénominateur : Nombre de sites d'intervention pour les IST  
Cibles : Faible :  $\leq 50\%$   
Moyen :  $> 50 - \leq 80\%$   
Élevé :  $> 80\%$

#### 4.5.5 Pourcentage des UDI diagnostiqués avec une MST qui ont reçu un traitement

Source des données : Données du Programme  
Numérateur : Nombre d'UDI recevant le traitement pour des IST au cours des 12 derniers mois  
Dénominateur : Nombre d'UDI diagnostiqués avec une IST dans les 12 derniers mois  
Cibles : Faible :  $\leq 50\%$   
Moyen :  $> 50 - \leq 80\%$   
Élevé :  $> 80\%$

## Indicateurs d'impact potentiel

### 4.5.6 Diminution du nombre d'IST

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'UDI diagnostiqués avec une IST au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI testés pour les IST au cours des 12 derniers mois
<i>ou bien</i>	
Source des données :	ESC (BSS)
Numérateur :	Nombre d'UDI qui ont eux-mêmes rapporté des symptômes d'une IST au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre de participants qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois

## 4.6 Programmes de préservatifs pour les UDI et leurs partenaires sexuels

### Disponibilité

#### 4.6.1 Y a-t-il des programmes de distribution de préservatifs ciblant les UDI et leurs partenaires sexuels ?

Réponse : Oui / Non

#### 4.6.2 Points de distribution du programme de préservatifs pour 1000 UDI

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre de sites du programme de préservatifs
Dénominateur :	(Nombre d'UDI) / 1000
Cibles :	Spécifiques au contexte (devrait prendre en compte la répartition géographique de la population cible et d'autres facteurs locaux ayant une incidence sur l'accessibilité)
Commentaire :	Les points de distribution d'un programme de préservatifs sont ceux où les préservatifs sont donnés gratuitement.

### Couverture

#### 4.6.3 Préservatifs gratuits distribués chaque année par UDI

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre de préservatifs distribués gratuitement au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	(Nombre d'UDI)/1000
Cibles :	Faible : $\leq 50\%$ Moyen : $> 50 - \leq 100\%$ Élevé : $> 100\%$

### Qualité

#### 4.6.4 Pourcentage de sites de programmes de distribution des préservatifs adhérant aux directives du FNUAP<sup>74 75</sup>

Source des données :	Suivi et évaluation du programme
Numérateur :	Nombre de sites du programme de préservatifs adhérant aux directives du FNUAP <sup>74 75</sup>
Dénominateur :	Nombre de sites d'intervention des IST
Cibles :	Faible : $\leq 50\%$ Moyen : $> 50 - \leq 80\%$ Élevé : $> 80\%$

## Indicateurs d'impact potentiel

---

### 4.6.5 Augmentation du pourcentage d'UDI déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Source des données :	ESC (ex ESC du FHI pour les UDI). Cet indicateur est également un indicateur essentiel de l' (UNGASS) relatif au processus de déclaration du VIH pour le suivi de la Déclaration d'engagement sur le HIV/SIDA <sup>7</sup>
Numérateur :	Nombre de répondants qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel
Dénominateur :	Nombre de répondants qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours du dernier mois

### 4.6.6 Diminution du nombre d'IST

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'UDI diagnostiqués avec une IST au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI testés pour les IST au cours des 12 derniers mois
<i>Ou bien</i>	
Source des données :	ESC (BSS)
Numérateur :	Nombre de UDI qui ont communiqué, d'eux-mêmes, des symptômes d'une IST au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre de participants ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois

## 4.7 Information, éducation et communication (IEC) ciblant les UDI et leurs partenaires sexuels

### Disponibilité

---

#### 4.7.1 Est-ce que des initiatives d'IEC ciblées pour les UDI sont disponibles?

Réponse : Oui / Non

#### 4.7.2 Nombre de sites offrant des IEC ciblées pour les UDI pour 1000

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre de sites offrant des IEC ciblées pour les UDI
Dénominateur :	(Nombre d'UDI) / 1000
Cibles :	Spécifique au contexte (devrait prendre en compte la répartition géographique de la population cible et d'autres facteurs locaux ayant une influence sur l'accessibilité)

#### 4.7.3 Pourcentage des sites offrant de l'IEC ciblant les UDI et atteints par les UDI

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre de sites PAS, les sites de traitement de la toxicomanie et de santé sexuelle pour les UDI offrant des IEC ciblées pour les UDI
Dénominateur :	Nombre de sites de PAS, de sites de traitement de la dépendance aux drogues et de sites de services de santé sexuelle pour les UDI
Cibles :	Faible : $\leq 50$ Moyen% : $> 50 - \leq 90\%$ Élevé : $> 90\%$

#### 4.7.4 Quantité de matériels différents, concernant à l'injection de drogues, distribués par UDI par an

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Quantité de matériels concernant l'injection de drogues distribués au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI

## Couverture

### 4.7.5 Pourcentage d'UDI atteints par l'IEC

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'UDI atteints par l'IEC au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI
Cibles :	Faible : $\leq 50\%$ Moyen : $> 50 - \leq 90\%$ Élevé : $> 90\%$

### 4.7.6 Pourcentage des occasions où les clients ont eu accès aux PAS et ont reçu une IEC

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'occasions où les clients ont eu accès à un PAS et ont reçu une IEC (à savoir le nombre d'événements occasionnant le contact du client avec un PAS et impliquant que ce client reçoit une IEC)
Dénominateur :	Nombre total d'opportunités de services offerts par un PAS
Cibles :	Faible $\leq 20\%$ Moyen : $\geq 20 - < 40\%$ Élevé : $\geq 40\%$

## Qualité

### 4.7.7 Pourcentage des sites respectant les directives de l'OMS sur l'IEC ciblées pour les IDUs <sup>51</sup>

Source des données :	Programme de suivi et d'évaluation
Numérateur :	Nombre de sites adhérant aux directives de l'OMS <sup>51</sup>
Dénominateur :	Nombre de sites offrant des IEC ciblées pour les UDI
Cibles :	Faible : $< 50\%$ Moyen : $> 50 - \leq 80\%$ Élevé : $> 80\%$

## Indicateurs d'impact potentiel

### 4.7.8 Augmentation du pourcentage des UDI déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils ont injecté

Source des données :	ESC (ex ESC du FHI pour les UDI). Cet indicateur est également un indicateur essentiel de l'UNGASS) relatif au processus de reporting du VIH pour le suivi de la Déclaration d'engagement sur le HIV/SIDA <sup>7</sup>
Numérateur :	Nombre de répondants qui ont déclaré avoir utilisé un matériel stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue
Dénominateur :	Nombre de répondants qui ont déclaré avoir injecté au courant du dernier mois

### 4.7.9 Augmentation du pourcentage d'UDI qui, identifient à la fois, correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées préconçues concernant la transmission du VIH

Source des données :	ESC (ex ESC du FHI pour les UDI). Cet indicateur est également un indicateur essentiel de l'UNGASS) relatif au processus de déclaration du VIH pour le suivi de la Déclaration d'engagement sur le HIV/SIDA <sup>7</sup>
Numérateur :	Nombre d'UDI positifs au VIH dans l'échantillon
Dénominateur :	Nombre d'UDI dans l'échantillon

## 4.8 Le diagnostic le traitement et la vaccination pour l'hépatite virale

### Disponibilité

---

- 4.8.1 Est-ce que la vaccination contre le VHA est disponible pour les UDI ?**  
Réponse : Oui / Non  
Commentaire : Les programmes peuvent varier en fonction de la prévalence du VHB et du VHA.
- 4.8.2 Est-ce que la vaccination contre le VHB est disponible pour les UDI ?**  
Réponse : Oui / Non  
Commentaire : Les programmes peuvent varier en fonction de la prévalence du VHB et du VHA.
- 4.8.3 Est-ce que le traitement du VHC est disponible pour les UDI ?**  
Réponse : Oui / Non  
Commentaire : Le traitement de l'hépatite C est cher et n'est actuellement pas disponible dans de nombreux pays.
- 4.8.4 Est-ce que le traitement du VHB est disponible pour les UDI ?**  
Réponse : Oui / Non
- 4.8.5 Nombre de sites offrant la vaccination contre le VHB par 1000 UDI**  
Source des données : Données du programme  
Numérateur : Nombre de sites offrant la vaccination contre le VHB pour les UDI  
Dénominateur : (Nombre d'UDI) / 1000  
Cibles : Spécifique au contexte (devrait examiner la répartition géographique de la population cible ainsi que d'autres facteurs locaux ayant une incidence sur l'accessibilité)
- 4.8.6 Nombre de sites offrant la vaccination contre le VHA par les UDI pour 1000**  
Source des données : Données du programme  
Numérateur : Nombre de sites offrant la vaccination contre VHA pour les UDI  
Dénominateur : (Nombre d'UDI) / 1000  
Cibles : Spécifique au contexte (qui devrait examiner la répartition géographique de la population cible ainsi que d'autres facteurs locaux ayant une incidence sur l'accessibilité)
- 4.8.7 Nombre de sites offrant le traitement du VHC pour les UDI par 1000**  
Source des données : Données du programme  
Numérateur : Nombre de sites offrant le traitement du VHC pour les UDI  
Dénominateur : (Nombre d'UDI) / 1000  
Cibles : Spécifiques au contexte (devrait examiner la répartition de la population cible ainsi que d'autres facteurs locaux ayant une incidence sur l'accessibilité)
- 4.8.8 Nombre de sites offrant le traitement du VHB pour les UDI par 1000**  
Source des données : Données du programme  
Numérateur : Nombre de sites offrant des traitements du VHB pour les UDI  
Dénominateur : (Nombre d'UDI) / 1000  
Cibles : Spécifique au contexte (qui devrait examiner la répartition géographique de la population cible ainsi que d'autres facteurs locaux ayant une incidence sur l'accessibilité)

## Couverture

### 4.8.9 Pourcentage des UDI orientés vers une vaccination contre le VHB

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'UDI référés pour la vaccination de l'hépatite B au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI
Cibles :	Faible : $\leq 20\%$ Moyen : $> 20 - \leq 40\%$ Élevé : $> 40\%$

### 4.8.10 Pourcentage d'UDI ayant complété leur vaccination contre le VHB

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'UDI qui, au cours des 12 derniers mois, ont complété leur vaccination contre le VHB
Dénominateur :	Nombre d'UDI qui devaient compléter leur vaccination contre le VHB dans les 12 derniers mois
Cibles :	Faible : $\leq 30\%$ Moyen : $> 30 - \leq 60\%$ Élevé : $> 60\%$

### 4.8.11 Pourcentage des UDI diagnostiqués positifs pour le VHB et recevant un traitement pour l'hépatite B

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'UDI diagnostiqués positifs au VHB et recevant un traitement pour l'hépatite B, au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI diagnostiqués VHB positifs et nécessitant un traitement durant les 12 derniers mois
Cibles :	Faible : $50\%$ Moyen : $> 50 - \leq 80\%$ Élevé : $> 80\%$

### 4.8.12 Pourcentage des UDI achevant un traitement pour le VHB

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'UDI achevant un traitement du VHB dans les 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI devant achever le traitement du VHB dans les 12 derniers mois
Cibles :	Faible : $\leq 30\%$ Moyen : $> 30 - \leq 60\%$ Élevé : $> 60\%$

### 4.8.13 Pourcentage des UDI VHC positifs recevant un traitement pour le VHC

Source des données :	Données du Programme
Numérateur :	Nombre d'UDI suivant un traitement pour le VHC au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI séropositifs pour le VHC
Cibles :	Faible : $\leq 5\%$ Moyen : $> 10 - \leq 15\%$ Élevé : $> 15\%$

### 4.8.14 Pourcentage des UDI ayant achevé un traitement pour le VHC

Source des données :	Les données du programme
Numérateur :	Nombre d'UDI ayant achevé un traitement du VHC au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI qui devaient achever le traitement du VHC dans les 12 derniers mois
Cibles :	Faible : $\leq 30\%$ Moyen : $> 30 - \leq 60\%$ Élevé : $> 60\%$

## Qualité

---

### 4.8.15 Pourcentage des sites respectant les lignes directrices sur la vaccination du VHA / VHB

Source des données :	Programme de suivi et d'évaluation
Numérateur :	Nombre de sites offrant des vaccinations pour le VHA / VHB et respectant les lignes directrices nationales et internationales en la matière (comme la prévention de l'hépatite A, B et C et d'autres facteurs hépatotoxiques chez les personnes vivant avec le VIH ; les protocoles cliniques pour la Région Europe de l'OMS, chapitre 854)
Dénominateur :	Nombre de sites offrant la vaccination contre le VHA / vaccination VHB
Cibles :	Faible : $\leq 50\%$ Moyen : $> 50 - \leq 80\%$ Élevé : $> 80\%$

### 4.8.16 Pourcentage des sites respectant les lignes directrices sur le traitement du VHB

Source des données :	Suivi et évaluation des programmes
Numérateur :	Nombre de sites offrant le traitement du VHB et adhérant aux lignes directrices nationales ou autres directives (comme la gestion de l'hépatite B et la co-infection VIH, les protocoles cliniques pour la Région Europe de l'OMS, le chapitre 754)
Dénominateur :	Nombre de sites offrant le traitement du VHB
Cibles :	Faible : $\leq 50\%$ Moyen : $> 50 - \leq 80\%$ Élevé : $> 80\%$

### 4.8.17 Pourcentage des sites respectant les lignes directrices sur le traitement du VHC

Source des données :	Programme de suivi et d'évaluation
Numérateur :	Nombre de sites offrant le traitement du VHC respectant les lignes directrices nationales ou autres directives (comme la gestion de l'hépatite C et la co-infection VIH, les protocoles cliniques pour la Région Europe de l'OMS, chapitre 654)
Dénominateur :	Nombre de sites offrant des objectifs de traitement du VHC:
Cibles :	Faible : $< 50\%$ Moyen : $> 50 - < 80\%$ Élevé : $> 80\%$

## Indicateurs d'impact potentiel

---

### 4.8.18 Réduction de la morbidité et de la mortalité dues à l'hépatite virale chez les UDI

Source des données :	Registre de données sur les VHA / VHB / VHC, données des programme
Indicateur:	a) Nombre de décès liés au VHC chez les UDI b) Nombre d'UDI souffrant de morbidité liées au VHA / VHB / HCV

## 4.9 Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose (TB)

### Disponibilité

- 4.9.1 Pourcentage des sites qui fournissent des services aux UDI et qui appliquent une politique de contrôle de la tuberculose**
- Source des données : Données du Programme  
 Numérateur : Nombre de sites fournissant des services aux UDI et appliquant une politique de contrôle de la tuberculose  
 Dénominateur : Nombre de sites offrant des services aux UDI  
 Cibles : Faible :  $\leq 20\%$   
 Moyen :  $> 20 - \leq 40\%$   
 Élevé :  $> 40\%$
- 4.9.2 Pourcentage des sites qui fournissent des services aux UDI et qui disposent sur leur site même d'un service pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose**
- Source des données : Données du programme  
 Numérateur : Nombre des sites fournissant des services aux UDI et disposant d'une possibilité de faire le diagnostic de la tuberculose et proposant un traitement  
 Dénominateur : Nombre de sites offrant des services aux UDI  
 Cibles : Faible :  $\leq 20\%$   
 Moyen :  $> 20 - \leq 40\%$   
 Élevé :  $> 40\%$
- 4.9.3 Est-ce qu'un traitement préventif de la tuberculose est disponible pour les UDI ?**
- Réponse : Oui / Non
- 4.9.4 Pourcentage des sites qui fournissent des services pour les UDI offrant un traitement préventif de la TB**
- Source des données : Données du programme  
 Numérateur : Nombre de sites fournissant des services aux UDI et qui offrent un traitement préventif de la TB  
 Dénominateur : Nombre de sites offrant des services aux UDI  
 Cibles : Faible :  $\leq 20\%$   
 Moyen :  $> 20 - \leq 40\%$   
 Élevé :  $> 40\%$

### Couverture

- 4.9.5 Pourcentage d'UDI ayant été testés pour la tuberculose**
- Source des données : Données du programme  
 Numérateur : Nombre d'UDI ayant la tuberculose dont l'état a été évalué au cours des 12 derniers mois  
 Dénominateur : Nombre d'UDI  
 Cibles : Faible :  $\leq 20\%$   
 Moyen :  $> 20 - \leq 40\%$   
 Élevé :  $> 40\%$
- 4.9.6 Pourcentage de UDI ayant commencé le traitement préventif de la tuberculose au cours des 12 derniers mois**
- Source des données : Données du programme  
 Numérateur : Nombre d'UDI ayant commencé le traitement préventif de la tuberculose au cours des 12 derniers mois  
 Dénominateur : Nombre des UDI  
 Cibles : Faible :  $\leq 30\%$   
 Moyen :  $> 30 - \leq 60\%$   
 Élevé :  $> 60\%$

#### 4.9.7 Pourcentage des UDI ayant complété un traitement préventif de la tuberculose

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre d'UDI ayant complété le traitement préventif de la tuberculose au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI qui ont commencé un traitement préventif de la tuberculose et devaient le finir au cours des 12 derniers mois
Cibles :	Faible : $\leq 30\%$ Moyen : $> 30 - \leq 60\%$ Élevé : $> 60\%$

#### 4.9.8 Pourcentage d'UDI avec un diagnostic de la tuberculose et qui ont commencé le traitement dans les 12 derniers mois

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre d'UDI qui ont commencé un traitement de la tuberculose au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI diagnostiqués pour la tuberculose dans les 12 derniers mois
Cibles :	Faible : $\leq 60\%$ Moyen : $> 60 - \leq 90\%$ Élevé : $> 90\%$

#### 4.9.9 Pourcentage des UDI achevant un traitement sur la tuberculose

Source des données :	Données du programme
Numérateur :	Nombre d'UDI achevant un traitement de la tuberculose au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre d'UDI ayant commencé le traitement de la tuberculose et devant le finir dans les 12 derniers mois
Cibles :	Faible : $\leq 50\%$ Moyen : $> 50 - \leq 85\%$ Élevé : $> 85\%$

## Qualité

---

#### 4.9.10 Pourcentage des sites respectant les directives de l'OMS sur la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose<sup>29</sup>

Source des données :	Programme de suivi et d'évaluation
Numérateur :	Nombre des sites respectant les directives de l'OMS sur la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose <sup>29</sup>
Dénominateur :	Nombre de sites offrant la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose
Cibles :	Faible : $\leq 50\%$ Moyen : $> 50 - \leq 80\%$ Élevé : $> 80\%$
Commentaire :	Les orientations récentes sur la prévention, le traitement et les soins de la tuberculose / VIH pour IDUs. <sup>29</sup>

## Indicateurs d'impact potentiel

---

#### 4.9.11 Morbidité et mortalité liée à la tuberculose réduite chez les UDI

Source des données :	Données du registre de la tuberculose; documents de programme
Indicateur:	a) Nombre de décès liés à la tuberculose chez les UDI b) Nombre d'UDI souffrant d'une morbidité liée à la TB

#### 4.9.12 Ratio de la tuberculose chez les UDI comparé à celui de la population générale des adultes

Source des données :	Données d'enregistrement de la tuberculose
Numérateur :	Prévalence de la tuberculose chez les UDI
Dénominateur :	Prévalence de la tuberculose parmi la population adulte en général
Cibles :	$\leq 1$ souhaitable

## 5. REFERENCES

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Expert Group Meeting on measuring and increasing coverage of HIV/AIDS prevention and care services for IDUs. Vienna, UNODC, October 2005.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Towards universal access: assessment by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS on scaling up HIV prevention, treatment, care and support. New York City, United Nations, 2006.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Considerations for countries to set their own national targets for AIDS prevention, treatment, and care. Geneva, UNAIDS, 2006.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Section 4: Setting ambitious targets. In: Operational guidance on setting national targets for moving towards universal access. Geneva, UNAIDS, 2006:13–18.
5. United Nations. Declaration of Commitment on HIV/AIDS – United Nations Special Session on HIV/AIDS. Adopted by the UN General Assembly Twenty-sixth special session, 25–27 June, 2001. New York, United Nations, 2001. Available at: <http://www.un.org/ga/aids/coverage/index.html> (accessed on 7 January 2009).
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. High coverage sites: HIV prevention among injecting drug users in transitional and developing countries: case studies. Geneva, UNAIDS, 2006.
7. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines for construction of core indicators, 2008 reporting. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Geneva, UNAIDS, 2007.
8. Ball A, Weiler G, Beg M, Doupe A. WHO Evidence for action for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16 (Suppl. 1):S1–S6.
9. World Health Organization. Evidence for action series (E4A). Policy briefs and technical papers on HIV/AIDS and injecting drug users. Geneva, WHO, 2008. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html> (accessed on 31 December 2008).
10. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Substance Use and Misuse*, 2006, 41:777–813.
11. World Health Organization. Evidence for action on effectiveness of needle syringe programmes in HIV prevention. Geneva, WHO, 2004.
12. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy brief: reduction of HIV transmission in prisons. Geneva, WHO, 2004.
13. World Health Organization. Evidence for action: effectiveness of drug dependence treatment. Geneva, WHO, 2004.
14. Metzger DS et al. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:1049–1059.
15. Moatti JP et al. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *AIDS*, 2000, 14:151–155.
16. Spire B, Lucas GM, Carrieri MP. Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:262–270.
17. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva, WHO, 2007.
18. World Health Organization Regional Office for South-East Asia, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, United Nations Office on Drugs and Crime Regional Centre for East Asia and the Pacific. Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009 (in press).
19. Long EF et al. Effectiveness and cost-effectiveness of strategies to expand antiretroviral therapy in St. Petersburg, Russia. *AIDS*, 2006, 20:2207–2214.

20. Bollerup AR et al. Access to HAART for injecting drug users in the WHO European Region, 2002–2005. Eighteenth International Conference on the reduction of drug related harm. Warsaw, Poland, 2007.
21. Donoghoe MC et al. Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:271–280.
22. Farrell M et al. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16:S67–S75.
23. Baker A et al. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 2005, 100:367–378.
24. Rawson RA et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioural approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 2006, 101:267–274.
25. United Nations Office on Drugs and Crime. *Treatnet: International network of drug dependence treatment and rehabilitation resource centres*. Vienna, UNODC, 2008. Available at: [www.unodc.org/treatment/index.html](http://www.unodc.org/treatment/index.html) (accessed on 31 December 2008).
26. Des Jarlais DC, Semaan S. Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16:S58–S66.
27. Donoghoe MC. Sex, HIV and the injecting drug user. *Addiction*, 1992, 87:405–416.
28. Aggleton P, Jenkins P, Malcolm A. HIV/AIDS and injecting drug use: information, education and communication. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16:S21–S30.
29. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Evidence for action technical papers. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users an integrated approach. Geneva, WHO, 2008.
30. Fischer B et al. Drug use, risk and urban order: examining supervised injection sites (SISs) as governmentality. *International Journal of Drug Policy*, 2004, 15:357–365.
31. Small W et al. Public injecting settings in Vancouver: physical environment, social context and risk. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:27–36.
32. World Health Organization. *Guidance on global scale-up of the prevention of mother-to-child transmission of HIV: towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children*. Geneva, WHO, 2007.
33. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*. EMCDDA Scientific Monograph no 7. Lisbon, EMCDDA, 2004.
34. Wiessing L. The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved. *Eurosurveillance*, 2001, 5:pii=1709.
35. Reimer J et al. Guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in injection drug users: status quo in the European Union countries. *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 40 (Suppl. 5):S373–S378.
36. World Health Organization. *Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, WHO, 2004.
37. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. Vienna, UNODC, 2006.
38. World Health Organization. *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
39. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Evidence for action: comprehensive review of effectiveness of interventions addressing HIV in prisons*. Geneva, WHO, 2007.
40. Bluthenthal RN et al. Examination of the association between syringe exchange program (SEP) dispensation policy and SEP client-level syringe coverage among injection drug users. *Addiction*, 2007, 102:638–646.

41. United Nations Office on Drugs and Crime. Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem. Vienna, UNODC, 2003.
42. Hickman M et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. *UN Bulletin on Narcotics*, 2002, 54:15–32.
43. United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (HHS-CDC), Global AIDS Program (GAP) Surveillance Team. Most at risk populations sampling strategies and design tool, 2000.
44. Mathers BM et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, 2008, 372:1733–1745.
45. Lert F, Kazatchkine MD. Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: an evidence based overview. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:255–261.
46. Sarang A, Stuijckte R, Bykov R. Implementation of harm reduction in central and eastern Europe and central Asia. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:129–135.
47. Sarang A, Rhodes T, Platt L. Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage. *International Journal of Drug Policy*, 2008, 19 (Suppl.):S25–S36.
48. Islam MM, Conigrave KM. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduction Journal*, 2007, 4:14. Available at: <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/14> (accessed on 31 December 2008).
49. Sharma M, Burrows D, Bluthenthal R. Coverage of HIV prevention programmes for injection drug users: confusions, aspirations, definitions and ways forward. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:92–98.
50. Alliance for Open Society International. Unique Identifier Code, DDRP Best Practice Collection, 2007. Accessed via: [http://www.aidsprojects.com/uploads/File/UIC\\_Eng\(1\).pdf](http://www.aidsprojects.com/uploads/File/UIC_Eng(1).pdf)
51. World Health Organization. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, WHO, 2007.
52. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva, WHO, 2004.
53. Verster AD, Buning E. Methadone guidelines. Amsterdam, EuroMethwork, 2000.
54. World Health Organization. HIV/AIDS treatment and care for injecting drug users. In: HIV/AIDS treatment and care. Clinical protocols for the European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
55. World Health Organization. Guidelines for psychosocially-assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, WHO (in press).
56. World Health Organization Regional Office for South East Asia. Operational guidelines for the treatment of opioid dependence in the South-East Asia region. New Delhi, WHO Regional Office for South East Asia, 2008.
57. Vickerman P et al. Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 42:355–361.
58. Brown T, Peerapatanapokin W. The Asian Epidemic Model: a process model for exploring HIV policy and programme alternatives in Asia. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:19.
59. Family Health International. Behavioural surveillance surveys (BSS): guidelines for repeated behavioural surveys in populations at risk for HIV. Family Health International, 2000. Available at: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ezscxathgcvhxzm-wxjlfgkl4mezcmep6ogzqty3l-byf5ighmb6k2swbgar32xup6yh5sykj6ii2kwp/bssguidelinesfullenhv.pdf> (accessed on 31 December 2008).
60. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization Working Group on HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for second generation HIV surveillance. Geneva, WHO, 2000. Available at: [http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds\\_edc\\_2000\\_5.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds_edc_2000_5.pdf) (accessed on 31 December 2008).

61. Vickerman P et al. Model projections for the impact of different interventions on the transmission of HIV and HCV amongst injecting drug users in different settings. 2008 (unpublished report).
62. Zule WA et al. An ethnographic comparison of HIV risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1999, 25:1–23.
63. Kaye S, Darke S. A comparison of the harms associated with the injection of heroin and amphetamines. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 58:189–195.
64. Degenhardt L et al., on behalf of the Reference Group to the UN on HIV and injecting drug use. The global epidemiology of methamphetamine injection: a review of the evidence on use and associations with HIV and other harm. Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2007.
65. Bluthenthal RN et al. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 89:214–222.
66. Heimer R. Community coverage and HIV prevention: assessing metrics for estimating HIV incidence through syringe exchange. *International Journal of Drug Policy*, 2008, 19 (Suppl. 1):S65–S73.
67. Braine N et al. HIV risk behavior among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs. *AIDS Education and Prevention*, 2005, 17:515–524.
68. Lorvick J et al. Sexual and injection risk among women who inject methamphetamine in San Francisco. *Journal of Urban Health*, 2006, 83:497–505.
69. AIDS Projects Management Group, UNODC. Measuring coverage of HIV prevention and care services for injecting drug users. Vienna, UNODC, 2009 (in press).
70. United Nations Office on Drugs and Crime. Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide. Vienna, UNODC, 2003.
71. Des Jarlais DC, Friedman SR. Fifteen years of research on preventing HIV infection among injecting drug users: what we have learned, what we have not learned, what we have done, what we have not done. *Public Health Reports*, 1998, 113 (Suppl 1):182–188.
72. Neaigus A et al. Transitions to injecting drug use among noninjecting heroin users: social network influence and individual susceptibility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 41:493.
73. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva, WHO, 2003.
74. United Nations Population Fund. Condom programming for HIV prevention: a manual for service providers. New York, UNFPA, 2005.
75. United Nations Population Fund. Condom programming for HIV prevention. An operations manual for programme managers. New York, UNFPA, 2005.
76. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Operational guidance on considerations for countries to set their own national targets for HIV prevention, treatment, and care. Geneva, UNAIDS, 2006.
77. Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries, Institute of Medicine. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence. Washington, DC, USA, The National Academies Press, 2006.
78. United Nations Population Fund, World Health Organization, PATH. Condom programming for HIV prevention: an operations manual for programme managers. New York, UNFPA, 2005.
79. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Practical guidelines for intensifying HIV prevention. Geneva, Switzerland, UNAIDS, 2007.
80. Medlin C, Balkus J, Padian N. Report to the UNAIDS HIV Prevention Reference Group on developing minimum quality standards for HIV prevention interventions. Geneva, UNAIDS, 2008.
81. Commission on AIDS in Asia. Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response. New Delhi, India, Oxford University Press, 2008.



Pour plus d'information contacter :  
Organisation Mondiale de la Santé  
Département du VIH/SIDA  
CH-1211 Genève 27, Suisse  
Fax : +41 22 791 15 80  
e-mail : [hividu@who.int](mailto:hividu@who.int)

