

2.7 Afrique subsaharienne

ANGOLA

AFRIQUE DU SUD

BÉNIN

BOTSWANA

BURKINA FASO

BURUNDI

CAP VERT

CAMEROUN

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

CHAD

COMORES

CÔTE D'IVOIRE

DJIBOUTI

GUINÉE ÉQUATORIALE

ÉRITHRÉE

ESWATINI

ÉTHIOPIE

GABON

GAMBIE

GHANA

GUINÉE

GUINÉE-BISSAU

KENYA

LESOTHO

LIBERIA

MADAGASCAR

MALAWI

MALI

MAURITANIE

MAURICE

MOZAMBIQUE

NAMIBIE

NIGER

NIGERIA

OUGANDA

RWANDA

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

RÉPUBLIQUE DU CONGO

SÃO TOMÉ-ET-PRÍNCIPE

SÉNÉGAL

SEYCHELLES

SIERRA LEONE

SOMALIE

SOUDAN

SOUDAN DU SUD

TANZANIE

TOGO

ZAMBIE

ZIMBABWE

Tableau 2.7.1.

Épidémiologie du VIH et des hépatites virales, et réduction des risques en Afrique subsaharienne

Pays/territoire où l'usage de drogues par injection est signalé ¹	Nombre de personnes usagères de drogues par injection (UDI)	Prévalence du VIH parmi les UDI (%)	Prévalence de l'hépatite C (anti-HCV) parmi les UDI (%)	Prévalence de l'hépatite B (anti-HBsAg) parmi les UDI (%)	Réduction des risques			
					PES ²	TAO ³	Distribution de naloxone par les pairs	SCD
Afrique du Sud	76 000 ^[4]	14,2 ^[4]	54,7 ^[28] ¹⁴	5 ^[29]	5 ^[30]	<11 ^[30] ¹⁵ (M, B, B-N)	x	x
Angola	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Bénin	Inconnu	2,2 ^[12]	Inconnu	Inconnu	✓ ²	x	x	x
Burkina Faso	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	✓ ³	x	x
Burundi	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Cameroun	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Cap Vert	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
République centrafricaine	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Chad	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Côte d'Ivoire	500 ^[5]	3,4 ^[1]	1,8 ^[4]	10,5 ^[4]	x	1 ^[5]	x	x
Djibouti	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Eswatini	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Éthiopie	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Gabon	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Gambie	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Ghana	6 314 ^[6]	Inconnu	40,1 ^[4]	Inconnu	x	x	x	x
Guinée	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Kenya	30 500 ^[4]	18 ^[7]	16,4 ^[4]	5,4 ^[4]	✓ ¹⁹ ^[8]	✓ ⁷ ^[8,9]	x ⁵	x
Lesotho	2 600 ^[10]	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Liberia	457 ^[11] ⁷	3,9 ^[12] ⁸	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Madagascar	15 500 ^[4]	4,8 ^[4]	5,5 ^[4]	5 ^[4]	x	x	x	x
Malawi	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Mali	Inconnu	5,1 ^[13] ⁹	Inconnu	Inconnu	x ^[14]	x	x	x
Maurice	11 667 ^[15]	45,5 ^[4]	97,1 ^[4]	6 % ^[4]	✓ ⁴⁶ ^[16] ¹⁰	✓ ⁴² ^[16] (M, B)	x	x
Mozambique	29 000 ^[4]	46,3 ^[4]	67,1 ^[4]	Inconnu	✓ ¹ ^[17]	x	x	x
Niger	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x ^[18]	x
Nigeria	44 515 ^[13]	3,1 ^[4]	2,3 ^[19]	6,7 ^[4]	✓ ³ ^[20-22]	x	x	x
Ouganda	3 892 ^[37]	17-20 ^[38] ¹⁹	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Rwanda	2 000 ^[4]	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
République démocratique du Congo	160 000 ¹	13,4 ⁴	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Sénégal	1 324 ^[23] ¹¹	9,4 ^[4]	39,3 ^[4]	Inconnu	4 ^[24,25]	1 ^[24]	x	x
Seychelles	2 560 ^[26] ¹²	12,7 ^[26]	76 ^[26]	1 ^[26]	x	✓ ¹³	x	x
Sierra Leone	1 500 ^[4]	8,5 ^[1,4]	Inconnu	Inconnu	✓ ^[27]	x	x	x
Somalie	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Tanzanie	30 000 ^[31] ¹⁷	15,5 ^[7]	57 ^[32]	1,1 ^[4]	✓ ^[4]	✓ ⁶ ^[33]	x	x
Tanzanie (Zanzibar)	3 000 ^[34]	11,3 ^[35]	25,4 ^[35]	5,9 ^[35]	x	✓ ^[36]	x	x
Togo	2 500 ^[4]	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Zambie	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x
Zimbabwe	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	x	x	x	x

1. Les pays inclus dans ce tableau sont ceux qui ont signalé une consommation de drogues injectables selon Larney et al., 2017. Aucune preuve de consommation de drogues injectables n'a été trouvée dans : Botswana, Comores, Érythrée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Mauritanie, Namibie, Congo (République de), République de São Tomé-et-Príncipe, République centrafricaine, République du Congo ou Soudan du Sud^[1].

2. Tous les sites opérationnels de programme d'échange de seringues, dont les sites fixes, les distributeurs automatiques et la distribution sur le terrain par des véhicules ou des travailleurs de proximité.

3. Traitement par agonistes opioïdes (TAO), y compris la méthadone (M), buprénorphine (B) et d'autres opioïdes (O) tels que la morphine et la codéine.

4. Salle de consommation de drogues, aussi connu centre d'injection supervisée.

5. Entre 6 000 et 10 000 individus seraient des personnes usagères de drogues, selon les estimations, l'usage fumé plus courant que l'injection.

6. La naloxone est disponible au Kenya au niveau des sites de réduction de risques mais seule le personnel de santé peut l'administrer.
7. Sur la base de données infranationales provenant de six villes de trois comtés au Liberia.
8. Sur la base de données infranationales provenant de Grand Cape Mount, Grand Bassa, Grand Gedeh, Gbarpolu, Lofa, Montserrado, Margibi, Nimba, River Gee.
9. Sur la base de données infranationales provenant de Bamako, avec un échantillon de 39.
10. 35 sites gérés par le ministère de la Santé et du Bien-être (gouvernement de Maurice), 11 par l'ONG Collectif Urgence Toxida.
11. Sur la base de données infranationales provenant de Dakar.
12. Le nombre de personnes qui consomment de l'héroïne s'élèverait à 4 318, dont 2 560 usagers par injection.
13. Le TAO est proposé par l'Agence pour la prévention de l'abus des drogues et pour la réinsertion, donc le programme serait orienté vers l'abstinence.
14. N=940 personnes qui s'injectent des drogues au Cap, à Durban et Pretoria. Données de 2017.
15. LE TAO est disponible dans quatre villes : Cape Town, Durban, Johannesburg et Pretoria (où il y a 8 sites).
16. La naloxone peut être administrée par les premiers secours ou les professionnels de santé qui travaillent aux urgences.
17. Il semble que ce chiffre soit une sous-estimation à l'échelle nationale mais adéquat sur le plan local au niveau de certains sites.
18. La naloxone peut être administrée par les premiers secours ou les professionnels de santé qui travaillent aux urgences.
19. Le chiffre se rapporte aux personnes usagères de drogues, mais les femmes semblent être touchées de manière disproportionnée par l'infection à VIH : 45 %, soit plus du double de la prévalence.

CARTE 2.7.1

Disponibilité des services de réduction des risques

Légendes :

[puce rouge / red dot] Programme d'échange de seringues (PES) et traitement par agonistes opioïdes (TAO) tous deux disponibles

[puce jaune / yellow dot] TAO uniquement

[puce bleu vert / blue green dot] PES uniquement

[puce bleu / blue dot] Ni PES ni TAO disponibles

[puce vert légèrement foncé / dirty green dot] Inconnu

[puce à pois / dotted] Salles de consommation de drogues disponibles

[croix encerclée / cross inside a circle] Distribution de la naloxone par les pairs

2.7 La réduction des risques en Afrique subsaharienne

INFOGRAPHIES/

Prévalence du VIH dans les prisons

En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, la prévalence du VIH chez les femmes en prison est estimée à **13,1 %**, contre **7,1 %** chez les hommes en prison

Le nombre de personnes usagères de drogues par injection se situe entre **560 000** et **2,7 millions**, une fourchette qui démontre le manque de données

30 % des personnes usagères de drogues par injection vivaient avec le VIH

Le VIH dans la région

51 % sous traitement antirétroviral

En 2018, seules **51 %** des personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre étaient sous ARV, ce qui signifie qu'environ **2,5 millions** de personnes vivant avec le VIH dans la région avaient besoin d'un traitement mais ne le recevaient pas.

1. Contexte

Auteur : Christopher Baguma, consultant indépendant

Auteur : Kunal Naik, consultant indépendant

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la collecte et la disponibilité des données sur la consommation de drogues et la santé des personnes usagères de drogues sont médiocres, mais aussi les services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues sont limités. La consommation de drogues injectables est signalée dans 38 des 49 pays d'Afrique subsaharienne, et le nombre de personnes qui s'injectent des drogues varie de 560 000 à 2,7 millions selon les estimations, une fourchette qui démontre le manque de données. La majorité des personnes qui déclarent s'injecter des drogues en Afrique subsaharienne sont des hommes, allant de 66 % dans le nord du Nigeria à 93 % à Nairobi, au Kenya.^[40]

Les drogues les plus couramment injectées dans la région sont les opioïdes, suivis par la cocaïne et les tranquillisants.^[41] Jusqu'à présent, la cocaïne et l'héroïne sont couramment consommées dans toute la région, la consommation de cocaïne étant la plus élevée en Afrique occidentale, centrale et australe, et celle d'héroïne se concentrant le long des côtes d'Afrique de l'Est (en particulier au Kenya, à Maurice, aux Seychelles, en Afrique du Sud et en Tanzanie).^[41]

La consommation de drogues est criminalisée dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, et les consommateurs de drogues sont la cible d'opérations de répression. Les politiques gouvernementales en matière de drogues psychoactives reflètent une préférence politique pour le contrôle de l'offre de drogues. Les politiques nationales et régionales en matière de drogues, influencées par les États-Unis, les conventions des Nations unies et les intérêts d'autres États, limitent souvent les ressources consacrées à la réduction des risques au motif qu'elles tolèrent la consommation de drogues.^[42] Cependant, en Afrique de l'Ouest en particulier, on a récemment constaté un mouvement vers des réponses politiques plus humaines et fondées sur des preuves.^[42]

Seuls quelques pays de la région ont mis en œuvre des programmes de réduction des risques, en particulier dans le secteur public. Par exemple, des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES) existent dans dix pays de la région (Afrique du Sud, Bénin, Kenya, Mali, Maurice, Mozambique, Nigeria, Tanzanie, Sénégal et Sierra Leone), tandis que le traitement par agonistes opioïdes (TAO) est disponible dans neuf territoires (Afrique du Sud, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Kenya, Maurice, Sénégal, Seychelles et Tanzanie, ainsi qu'à Zanzibar). Bien que les données régionales soient limitées, les enquêtes nationales auprès des personnes qui s'injectent des drogues suggèrent une forte prévalence du VIH.^[43]

Dans l'ensemble, on estime qu'un peu moins d'un tiers (30 %) des personnes qui s'injectent des drogues dans la région vivent avec le VIH et, selon les estimations, cette même population a représenté 2 % des nouvelles infections par le VIH dans la région en 2019.^[1, 44] Comme indiqué ci-dessus, la collecte de données dans la région est médiocre et ces estimations doivent donc être utilisées avec prudence. Bien que les programmes de réduction des risques aient progressé dans la région, le thème principal est celui des lacunes et des obstacles dans la mise en œuvre, notamment les programmes limités pour les femmes qui consomment des drogues, la criminalisation de la consommation de drogues ainsi que les dispositions juridiques et politiques limitées pour soutenir les programmes.

Des programmes d'échange de seringues (PES) existent dans dix pays d'Afrique subsaharienne, tandis que le traitement par agonistes opioïdes (TAO) est disponible dans neuf territoires.

2. Évolution de la mise en œuvre de la réduction des risques

2.1 Programme d'échange de seringues

Depuis le rapport sur L'état mondial de la réduction des risques 2018, des progrès ont été réalisés dans le lancement de programmes d'échange de seringues (PES) en Afrique subsaharienne, des PES étant désormais opérationnels au Bénin, au Nigeria et en Sierra Leone. Toutefois, les PES qui ont débuté en 2018 en Ouganda ne sont plus opérationnels. En tout, il existe des PES en Afrique subsaharienne dans dix pays (Afrique du Sud, Bénin^[2], Kenya, Mali, Maurice, Mozambique, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone et Tanzanie), soit une augmentation d'un pays depuis 2018.^[45] Au Bénin, le PES était initialement mis en œuvre dans certaines communautés à forte concentration de personnes qui s'injectent des drogues mais depuis 2018, il a été étendu à l'ensemble du pays grâce à un programme soutenu par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Actuellement, les personnes qui s'injectent des drogues inscrites au programme reçoivent dix seringues par mois.^[2] Au Nigeria, trois sites pilotes sont désormais opérationnels avec le soutien du gouvernement fédéral.^[20-22] En 2018, le 'Ugandan Harm Reduction Network', avec le soutien du Fonds mondial, a piloté un programme national de distribution de 2 244 seringues à 120 personnes qui s'injectent des drogues sur une période de huit mois, de janvier à septembre 2018.^[46] Cependant, en raison d'un financement limité, le programme pilote n'a jamais été étendu et l'activité a pris fin en 2019 à la fin de la subvention régionale du Fonds mondial.

Le Sénégal reste un exemple de mise en œuvre réussie de la réduction des risques, mettant en évidence la collaboration positive entre différents organes et organismes publics, qui a abouti au lancement du premier centre de réduction des risques en Afrique de l'Ouest en 2014. Le centre maintient des activités de sensibilisation aux PES au sein des communautés de personnes qui s'injectent des drogues.^[47] Depuis mars 2019, la 'Sierra Leone Youth Development and Child Link' gère le premier PES du pays et prévoit d'étendre ses activités à l'échelle nationale et d'inclure les personnes incarcérées dès que les résultats de l'enquête auprès des personnes qui s'injectent des drogues auront fourni des estimations actualisées de la taille de la population. Le Secrétariat national de lutte contre le sida en Sierra Leone plaide pour l'inclusion d'une formation à la réduction des risques dans le programme d'enseignement de l'école de police, afin de réduire l'ingérence de la police dans la mise en œuvre du PES.^[27]

Depuis début 2017, ARCAD Santé Plus au Mali a mis en place un programme de réduction des risques axé sur la consommation de drogues injectables dans les districts de Bamako et de Sikasso, financé par le Fonds mondial. Compte tenu du contexte difficile au Mali, une composante importante du projet vise à créer un environnement favorable, notamment en s'attaquant aux obstacles politiques, juridiques, cliniques et sociaux. La mise en œuvre réussie à ce jour a ouvert la voie à l'inclusion de la réduction des risques dans la demande de financement du Mali au Fonds mondial pour le cycle 2021 à 2023.^{20[14]}

Malgré ces exemples de réalisations et l'efficacité démontrée des PES en Afrique subsaharienne, la couverture reste insuffisante. Parmi les pays qui disposent de PES, la majorité fournit moins que la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à savoir 300 seringues par personne qui s'injecte des drogues par an. Le risque de contracter le VIH par le partage de matériel d'injection est élevé parmi les personnes qui s'injectent des drogues en Afrique subsaharienne. De nombreux programmes de prévention du VIH dans la région ont négligé les risques d'injection dans leurs communications de sensibilisation du public, estimant que la consommation de drogues injectables est peu courante. La réalité est qu'une grande partie des personnes qui s'injectent des drogues partagent régulièrement du matériel,

et des recherches menées au Nigeria ont révélé que seulement 25 % des personnes qui s'injectent des drogues savent que le partage de seringues comporte le risque de transmission du VIH.^[50]

Au Nigeria, en 2019, le gouvernement s'est engagé à piloter des programmes d'échange de seringues, après un plaidoyer du secteur de la santé et d'organisations de la société civile.^[51] Des projets pilotes ont été mis en œuvre dans trois États en 2020, mais il n'est pas clair quelles sont la couverture et l'étendue de ces programmes.^[20, 21]

La criminalisation, les restrictions légales imposées aux jeunes, la stigmatisation et la discrimination sont les principaux obstacles à l'efficacité des PES. En outre, les personnes qui s'injectent des drogues comptent principalement sur les organisations de la société civile pour les services de réduction des risques, qui opèrent souvent dans des environnements hostiles. Le financement des PES est insuffisant, en grande partie à cause du manque de volonté et de soutien politique. Par exemple, en mai 2018 à Durban, en Afrique du Sud, le PES a été stoppé en raison de préoccupations liées à une consultation insuffisante des acteurs concernés et aux systèmes disponibles pour la gestion des déchets de matériel d'injection non stérile.^[53] Bien que ce service ait été rétabli fin juin 2020 et ait connu une augmentation significative du nombre total de bénéficiaires, le personnel du programme a eu du mal à retrouver la cohorte précédente de bénéficiaires qui avaient accédé au service avant sa fermeture.^[20] La réforme des lois et des politiques obstructionnistes – ainsi que l'augmentation des financements et autres soutiens aux organisations communautaires – permettrait d'améliorer considérablement la prévention du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues dans la région.^[7]

Dans de nombreux pays de la région, le PES adopte une approche dirigée par les pairs pour distribuer les seringues et collecter le matériel non stérile. Toutefois, l'un des problèmes que pose cette approche est qu'elle est souvent soutenue par des donateurs internationaux et que lorsque le financement des donateurs prend fin, les gouvernements nationaux ne comblent pas le déficit de financement.^[53]

2.2 Traitement par agonistes opioïdes

En Afrique subsaharienne, les services de traitement par agonistes opioïdes (TAO) sont disponibles en Afrique du Sud, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Kenya, à Maurice, au Sénégal, aux Seychelles et en Tanzanie (ainsi qu'à Zanzibar). Malgré l'instabilité de l'environnement juridique et politique dans la région, il y a eu une hausse graduelle du nombre de pays ou territoires offrant des services de TAO, passant de huit en 2018 à neuf en 2020. Le gouvernement a régulièrement élargi l'accès au TAO au Kenya depuis 2014, même si l'on estime que seuls 10 % des personnes qui s'injectent des drogues sont touchées.^[53]

Les médicaments agonistes opioïdes les plus couramment utilisés dans la région sont la méthadone, la buprénorphine et la combinaison buprénorphine-naloxone. Là où le TAO existe, il n'est généralement fourni que par une thérapie sous observation directe, exception faite de l'Afrique du Sud et de la Tanzanie où le TAO est également fourni en doses à emporter chez soi (bien que ce ne soit que dans un projet pilote à petite échelle en Tanzanie). En Afrique subsaharienne, les services de TAO sont principalement proposés dans les hôpitaux publics, comme au Kenya et en Tanzanie où le TAO est proposé dans les hôpitaux publics et dans les hôpitaux nationaux de référence. Toutefois, il existe quelques centres privés de traitement des dépendances au Kenya et en Afrique du Sud.^[32, 54]

Depuis 2018, au Burkina Faso, la méthadone est répertoriée comme un médicament essentiel et délivrée à l'unité d'addictologie du Centre hospitalier universitaire Yalgado^[3] dans la capitale, Ouagadougou. À

Dakar, au Sénégal, le Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD) propose gratuitement le TAO. En Ouganda, le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) s'est engagé à soutenir les programmes destinés aux personnes qui s'injectent des drogues.^[46] L'Ouganda a maintenant des plans pour mettre en place son tout premier programme de TAO, qui est susceptible d'utiliser à la fois la méthadone et la combinaison buprénorphine-naloxone.

Le TAO n'est toujours pas disponible au Zimbabwe et au Nigeria, malgré l'existence d'une importante population d'usagers de drogues par injection et une forte prévalence du VIH dans ces deux pays. Toutefois, le gouvernement nigérian a lancé en mars 2019 un processus visant à élaborer des lignes directrices sur l'utilisation de la méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacés et a également créé un groupe de travail national sur la réduction des risques.^[55] Au Mali, ARCAD Santé PLUS plaide pour l'introduction du TAO, en s'appuyant sur les données d'un projet pilote lancé en 2017.^[14] Le TAO n'est pas encore disponible au Niger ; cependant, les lois nationales sur les produits pharmaceutiques fournissent un cadre juridique pour l'utilisation d'agonistes tels que la méthadone et la naltrexone. Le Sierra Leone vise à lutter contre la consommation de drogues en utilisant une approche holistique axée sur la prévention du VIH, y compris la mise en œuvre du TAO. Cependant, bien que les mesures de réduction des risques bénéficient d'un soutien politique croissant en Sierra Leone, il n'existe pas de financement national pour ce travail qui est actuellement entièrement soutenu par le Fonds mondial.^[27]

Malgré les progrès des programmes de TAO, la politique pertinente et le plaidoyer en faveur du TAO sont à la traîne en Afrique du Sud. La South African Addiction Medicine Society a élaboré des lignes directrices sur le TAO et le ministère de la santé élabore de nouvelles lignes directrices sur le TAO qui seront alignées sur le nouveau plan directeur national sur les médicaments.^[20] Les médicaments utilisés pour le TAO ne figurent toujours pas sur la liste des médicaments essentiels à utiliser au niveau des soins primaires. Le TAO ne figure pas non plus dans le troisième plan stratégique national quinquennal sur le VIH, les infections sexuellement transmissibles et la tuberculose (2017-2022) de l'Afrique du Sud.^[56]

2.3 Stimulants de type amphétamine et nouvelles substance psychoactives

Si des stimulants de type amphétamine (STA) telle la méthamphétamine sont fabriqués dans certains pays africains, notamment le Nigeria et l'Afrique du Sud, ces substances sont en grande partie fabriquées pour l'exportation.^[57] Selon l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), la prévalence de la consommation d'amphétamines et de méthamphétamines en Afrique est inférieure à 0,5 %, tandis que l'usage de cocaïne est encore moins répandu (0,2 %).^[58] Les données à l'échelle nationale sont inexistantes pour la plupart des pays. Au Nigeria, l'usage d'amphétamines et de MDMA est très répandu chez les jeunes, marginal chez les personnes âgées et moins répandu chez les femmes et les filles.^[13] Dans l'ensemble, la prévalence de la consommation d'amphétamines est estimée à 0,2 %.^[59] Une proportion importante des personnes qui s'injectent des drogues en Afrique du Sud consomment de la méthamphétamine ou de la cocaïne, et la consommation est particulièrement élevée au Cap.^[60, 61] Une enquête transversale menée dans trois villes du pays a révélé que 28 % des personnes usagères de drogues s'étaient injectées de la méthamphétamine ou des STA au cours du mois écoulé, contre 86 % qui s'étaient injectées de l'héroïne.^[60] L'injection de stimulants est associée à des injections plus fréquentes et donc à une plus grande prévalence des comportements à risque (comme l'utilisation du même matériel plusieurs fois ou par plusieurs personnes) et à un risque plus élevé de transmission du VIH et de l'hépatite.^[62] Les services de réduction des risques touchant cette population en Afrique du Sud concernent principalement les substances psychoactives pour cette population en Afrique du Sud. Depuis 2017, l'association TB/HIV Care propose

au Cap et à Durban des groupes de contemplation dans le cadre de son programme de réduction des risques. Les séances avec ces groupes visent à fournir un espace de réflexion sur l'usage de drogues, ainsi qu'à créer et renforcer des identités sociales distinctes de l'usage de drogues parmi les personnes qui en consomment. Une évaluation qualitative a montré que les groupes réussissent à donner aux participants la possibilité de gérer leur consommation de drogue, de renforcer les pratiques de réduction des risques et de reconstruire des relations en fonction de leurs besoins et de leurs expériences.^[63]

L'émergence de nouvelles substances psychoactives et le commerce de médicaments contrefaits constituent également un problème dans la région. L'OMS estime que jusqu'à 100 000 décès par an en Afrique pourraient être dus à la contrefaçon de médicaments sur ordonnance qui ne sont pas destinés à un usage récréatif. La demande globale d'amphétamines, de cocaïne, d'opiacés et d'opioïdes délivrés sur ordonnance en Afrique de l'Ouest devrait, de quelque 185 tonnes en 2018, plus que doubler d'ici 2050.^[59]

2.4 Surdosage, réponse aux surdoses et salles de consommation de drogues

Il n'y a eu aucun changement relatif au surdosage, à la réponse aux surdoses et aux salles de consommation de drogues depuis le rapport sur L'état général de la réduction des risques 2018. L'utilisation de la naloxone dans la gestion des surdoses a été signalée dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne, notamment en Afrique du Sud et au Kenya^[45] et, en Tanzanie et à Maurice, uniquement dans les hôpitaux. En Afrique du Sud, des pairs et du personnel ont été formés à la gestion des overdoses et à la prévention dans le cadre de projets, mais la naloxone n'est accessible que sur prescription médicale ou aux services de premiers secours. Les acteurs de la société civile continuent de plaider pour l'inclusion de la naloxone dans tous les programmes publics de réduction des risques. En République démocratique du Congo, au Nigeria, au Sénégal, aux Seychelles, en Ouganda et au Zimbabwe, la naloxone ne serait pas disponible.^[64]

2.5 VIH et traitement antirétroviral

La prévalence du VIH parmi les personnes usagères de drogues par injection en Afrique subsaharienne est d'environ 56 %, bien que les données actualisées et fiables soient rares.^[65] Les estimations nationales de la prévalence parmi les personnes qui s'injectent des drogues varient considérablement, par exemple de 3,1 % au Nigeria à 45, % à Maurice.^[66] En 2017, on estimait qu'environ 6,5 % des personnes usagères de drogues par injection en Afrique occidentale et centrale vivaient avec le VIH.^[67] Cette grande variation démontre le besoin urgent de disposer de données précises et représentatives sur le VIH parmi les personnes qui consomment des drogues dans la région.

Cette variation géographique de la prévalence du VIH peut être liée à l'inégalité entre les sexes dans certains milieux et au degré de chevauchement entre l'usage de drogues par injection et le travail du sexe. La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes qui s'injectent des drogues, qui sont deux à dix fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes qui s'injectent des drogues au Nigeria, en Afrique du Sud et en Tanzanie.^[43, 68]

En 2018, seuls 51 % des personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre ont reçu un traitement antirétroviral, ce qui signifie qu'environ 2,5 millions de personnes vivant avec le VIH dans la région avaient besoin d'un traitement mais n'en bénéficient pas.^[69] En juin 2020, le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Liberia, la Mauritanie, le Mali, le

Niger, la Sierra Leone, le Tchad et le Togo avaient tous mis en place des politiques de soutien en matière de dépistage et de traitement du VIH.^[1]

La couverture du traitement ARV en Afrique occidentale et centrale est inférieure à celle de l'Afrique orientale et australe, qui a atteint 67 %. La faible couverture dans les sous-régions de l'Ouest et du Centre est attribuée à divers facteurs, principalement les conflits dans la région, d'autres épidémies telles que celle du virus Ébola, et le fait qu'un fort pourcentage de personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique. Cette situation est encore aggravée par le manque de volonté politique au niveau national et international, la faiblesse des systèmes de santé et le manque de soutien aux organisations communautaires.^[70] En raison du faible taux de dépistage, de la faible couverture des traitements antirétroviraux et des problèmes de rétention des traitements, la proportion des personnes vivant avec le VIH en Afrique occidentale et centrale mais dont la charge virale est supprimée est estimée à 39 %. Cependant, comme peu de personnes ont accès à un test de charge virale, la situation réelle en matière de suppression virale est incertaine.^[69]

Là où des services de réduction des risques existent en Afrique subsaharienne, les services liés au VIH, y compris le dépistage et l'accès aux ARV, ont été intégrés. Les services de TAO ont été utilisés comme sites pour le dépistage du VIH et la fourniture d'ARV aux personnes usagères de drogues par injection. En outre, des services de proximité de traitement ARV sont fournis aux populations difficiles à atteindre, y compris les personnes qui s'injectent des drogues. Malgré les efforts déployés pour rendre les services accessibles aux personnes qui s'injectent des drogues dans la région, la performance des services d'ARV a été affectée par les personnes vivant avec le VIH perdues de vue et la faible adhérence aux traitements, en particulier de ceux sous traitement TAO par intermittence^[71].

2.6 Réduction des risques dans les prisons

Les prisons sont un environnement à haut risque pour la transmission du VIH en raison de l'usage répandu de drogues et du manque de disponibilité de matériel d'injection stérile, du tatouage avec du matériel fait-maison et non stérile, et des rapports sexuels à haut risque et non consentis. L'ONUSIDA estime que les personnes incarcérées à travers le monde sont en moyenne cinq fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les adultes qui ne sont pas emprisonnés, tandis que l'OMS estime que la différence est encore plus importante.^[72, 73] Une étude systématique publiée en 2018 a révélé que l'incarcération récente était associée à une augmentation de 81 % du risque de contracter le VIH et de 62 % concernant l'hépatite C.^[74] À cause de la surpopulation, mais aussi du stress, de la malnutrition, de l'usage de drogues, et de la violence, le système immunitaire peut être davantage affaibli, rendant les personnes vivant avec le VIH plus vulnérables à d'autres complications de santé.^[74-76] Malgré cela, les programmes de prévention du VIH sont rarement accessibles en milieu carcéral et de nombreuses personnes incarcérées et vivant avec le VIH ne bénéficient pas de traitement ARV.^[75, 77]

La prévalence du VIH signalée parmi les personnes incarcérées en Afrique subsaharienne varie entre 2,3 % au Ghana et 27 % en Zambie, bien que les données concernant cette population soient probablement peu fiables.^[77-79] Les femmes en prison sont les plus touchées, avec une prévalence du VIH presque deux fois supérieure à celle des hommes. En Afrique occidentale et centrale, par exemple, la prévalence du VIH chez les femmes incarcérées est estimée à 13,1 %, contre 7,1 % chez les hommes.^[80]

En Afrique subsaharienne, les approches punitives face à la consommation de drogues continuent de l'emporter, et les personnes usagères de drogues continuent d'être sévèrement pénalisées. Trois pays de la région (Maurice, le Kenya et les Seychelles) proposent des services de TAO en milieu carcéral. Au Kenya, un magistrat du comté de Mombasa propose des alternatives à la prison aux personnes condamnées pour des délits mineurs.^[81] Cette politique a pour base juridique la loi sur les ordonnances de travaux d'intérêt général du Kenya (1998), qui a mis en place un programme de déjudiciarisation permettant aux Services de probation et d'assistance postpénale du Kenya (SPAPK) d'évaluer les personnes reconnues coupables d'une infraction liée à la consommation de drogue. L'évaluation initiale de la SPAPK inclut également un volet familial et social global. Sur la base de ce rapport, un magistrat peut orienter la personne vers un centre de traitement de la dépendance aux drogues.

En Ouganda, le 'Uganda Harm Reduction Network' a conclu un arrangement ad hoc avec la police de Kampala afin de rediriger des cas de consommation de drogues vers eux en vue d'un soutien alternatif au lieu de l'incarcération.^[71] Les faits / données probantes indiquent que les personnes qui consomment des drogues et qui ont été incarcérées pour usage de drogues non injectables passent à la consommation de drogues par injection pendant leur incarcération et continuent de s'injecter après leur libération. Les prisons Les prisons du pays disposent de services limités de dépistage du VIH et de traitement ARV^[82].

3. Élaboration de politiques pour la réduction des risques

Dix pays de la région – la Côte d’Ivoire, le Kenya, le Mali, Maurice, le Mozambique, le Sénégal, les Seychelles, l’Afrique du Sud, la Tanzanie et l’Ouganda – ont intégré la réduction des risques dans leurs plans stratégiques de lutte contre le VIH. En plus de ces dix pays, depuis 2018, la Communauté de l’Afrique de l’Est (CAE), avec le soutien du Fonds mondial (par l’intermédiaire du récipiendaire principal ‘Kenya AIDS NGO Consortium a et des sous-récepteurs, a élaboré une politique régionale de réduction des risques. Cela a mené à l’élaboration de la Politique régionale de la CAE sur la prévention, la gestion et le contrôle de la consommation d’alcool, de drogues et d’autres substances.^[83]

L’Union africaine continue de faire preuve d’un ferme engagement à lutter contre l’usage de drogues dans la région en facilitant la disponibilité d’un large éventail d’options en matière de traitement fondées sur des données factuelles, incluant le TAO. Pour la première fois, le nouveau Plan d’action de l’Union africaine pour le contrôle des drogues et la prévention du crime pour la période 2019-2023 prévoit la mise à disposition de services de réduction des risques et d’alternatives à l’emprisonnement. Il comprend un engagement à examiner et à harmoniser les politiques en matière de drogues dans la région et à appuyer en continu les processus internationaux de recherche et de collecte de données.^[84]

Un groupe national de travail a été mis sur pied au Nigeria pour élaborer des politiques, le gouvernement ayant commencé à montrer des signes d’adhésion à la réduction des risques. Toutefois, la majorité des pays d’Afrique subsaharienne continuent de se concentrer sur la réduction de l’offre et la criminalisation de l’usage de drogues.

En Afrique du Sud, la mise en œuvre du Plan-cadre national de lutte contre les drogues 2019-2025, longtemps attendu, a commencé aux niveaux national et régional en juillet 2020. La partie du plan consacrée au secteur de la santé comprend l’engagement à fournir des services de réduction des risques dans le cadre de ses objectifs stratégiques.^[20, 85]

4. Financement de la réduction des méfaits

Bien que les mesures de réduction des risques soient le plus souvent relativement peu coûteuses et manifestement rentables, l'un des obstacles les plus importants à ces initiatives reste néanmoins l'absence de financement durable.^[86] Les programmes sont alors obligés de revoir leur capacité à la baisse ou ne peuvent pas démarrer. Le Fonds mondial demeure le moteur de l'introduction et du financement de programmes de réduction des risques en Afrique de l'Ouest et du Centre.^[27, 87]

En Sierra Leone, le Fonds mondial s'est engagé à continuer d'appuyer la mise en œuvre, pour la période 2020-2022, de programmes de réduction des risques axés sur l'échange de seringues et l'utilisation de la naloxone pour lutter contre les surdoses.^[27] Au Sénégal, le Fonds mondial finance le CEPIAD, géré par le Conseil national de lutte contre le sida.^[87] Dans certains pays, les investissements nationaux augmentent pour les programmes de lutte contre le VIH ciblant les population clés, qui incluent les personnes qui s'injectent des drogues. Au Kenya, par exemple, le TAO est inscrit dans le budget national.^[8, 9]

Les femmes qui utilisent des drogues en Afrique de l'Est

En Afrique de l'Est, l'absence de programmes conçus pour répondre aux besoins spécifiques des femmes est une lacune persistante dans les programmes de réduction des risques en Afrique de l'Est. Non seulement le nombre de femmes qui consomment des drogues dans toute la région est en hausse, elles sont également confrontées à des conséquences plus graves de la co-infection avec des maladies comme le VIH, l'hépatite C et B et d'autres infections sexuellement transmissibles. Dans certains cas, des femmes usagères de drogues peuvent également faire partie de différentes populations clés. Ainsi, une étude menée au Kenya a révélé que 48,7 % des femmes qui s'injectent des drogues dans des milieux urbains à faible revenu avaient comme principale source de revenu le travail du sexe.^[88] Malgré ces facteurs, les organisations de la société civile dirigées par des femmes qui défendent les droits des femmes qui s'injectent des drogues sont rares, les exceptions étant les réseaux sud-africains et tanzaniens de personnes qui consomment des drogues. Certains services ont été créés pour répondre aux besoins des femmes usagères de drogue. Des programmes communautaires pour les femmes qui s'injectent des drogues existent en Afrique du Sud et au Kenya. La 'Muslim Education and Welfare Association' est une organisation de la société civile kenyane qui fournit des services de qualité en matière de prévention, de traitement, de soins, de soutien, de réadaptation socioéconomique, de réintégration, des services axés sur les droits humains et tenant compte des sexospécificités pour les personnes usagères de drogues. À ce jour, ces services ont été élargis pour inclure l'hébergement de femmes sans abri qui s'injectent des drogues et leurs enfants, ainsi que la participation des femmes à des activités d'éducation en matière de santé et d'autonomisation économique.

En dépit de ces progrès et des études de plus en plus nombreuses ces dix dernières années sur les facteurs structurels qui déterminent le risque d'infection au VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues, il est difficile de trouver des données ventilées par sexe relatives à l'usage de drogues. Les études démographiques sur les personnes usagères de drogues incluent rarement les femmes, ce qui rend difficile l'estimation de la prévalence de la consommation de drogues parmi elles. Des efforts particuliers sont nécessaires pour inclure systématiquement les femmes dans les études sur la consommation de drogues, et pour recueillir des données détaillées ventilées par âge et par sexe. Cela est particulièrement nécessaire s'agissant des femmes usagères de drogues en milieu rural.^[20]

Dans le cadre de son projet de création du premier site de TAO du pays dans un établissement public de santé mentale, avec l'appui du PEPFAR, le gouvernement ougandais a soutenu le 'Uganda Harm Reduction Network' afin de mener une évaluation des perspectives des femmes qui s'injectent des drogues. Des discussions de groupe et des entretiens clés avec des femmes qui consomment et s'injectent des drogues ont révélé que de nombreuses femmes âgées de 16 à 32 ans avaient consommé des drogues pour la première fois avec un partenaire intime.^[71] De nombreuses femmes ont également indiqué qu'elles s'étaient engagées dans le travail du sexe. Des femmes ont indiqué vouloir user des services de santé et d'aide aux personnes usagères de drogues mais relèvent qu'elles étaient découragées de le faire en raison de la stigmatisation dont elles sont victimes en tant que femmes qui s'injectent des drogues.

Selon une étude réalisée en 2016 auprès de personnes usagères de drogues en Ouganda^[46], une des personnes interrogées a indiqué que les femmes qui s'injectent des drogues et sans abri, de même que celles qui se consacrent au travail du sexe, étaient particulièrement vulnérables à la violence et à la transmission du VIH, et que les programmes ne fournissent pas de services qui répondent à leurs besoins spécifiques, notamment des services de proximité nocturne et offrant nourriture et logement^[46]. Par

exemple, les femmes qui s'injectent des drogues et qui sont sans abri, et qui ont des familles et des bébés à charge, n'ont pas accès à des services adéquats.

ACCROCHE/

Les femmes qui s'injectent des drogues et sont sans abri, de même que celles qui se consacrent au travail du sexe, étaient particulièrement vulnérables à la violence et à la transmission du VIH ; les programmes ne fournissent pas de services qui répondent à leurs besoins spécifiques

Des opportunités de mettre fin à la guerre contre la drogue en Afrique

Le Fonds mondial est le principal bailleur de fonds des programmes de réduction des risques en Afrique, mais leur mise en œuvre est limitée par les politiques nationales. Par conséquent, les politiques et programmes de réduction des risques font cruellement défaut en Afrique de l'Ouest et du Centre. Le principal obstacle demeure la « guerre contre la drogue », l'approche répressive favorisée par les gouvernements aux dépens de politiques plus humaines, fondées sur des données factuelles.

Le Sénégal fait exception : le CEPIAD a créé un environnement favorable aux personnes usagères de drogues en offrant gratuitement le TAO et le service d'échange de seringues.^[89] En incluant la réduction des risques dans les politiques nationales de santé, et en traitant l'usage de drogues comme un problème de santé publique, le Sénégal a pu lancer la mise en œuvre de politiques de drogues plus efficaces.

Le Plan d'action de l'Union africaine pour le contrôle des drogues et la prévention du crime pour la période 2019-2023 est une occasion unique pour les États africains d'intégrer la réduction des risques dans les cadres politiques nationaux. Pour la première fois, le terme « réduction des risques » a été explicitement inclus dans le plan. Celui-ci traite aussi des options à la sanction pénale. L'inclusion révolutionnaire de la réduction des risques et des centres de traitement axés sur la réduction des risques ciblant les personnes usagères de drogues prépare le terrain pour que les gouvernements et décideurs élaborent et mettent en œuvre des mesures de réduction des risques en les intégrant dans leurs plans directeurs nationaux de lutte contre les drogues.

La Commission sur les drogues de l'Afrique de l'Ouest a élaboré une Loi type sur les drogues pour l'Afrique de l'Ouest, un outil permettant aux décideurs politiques de la région de plaider en faveur de lois sur les drogues fondées sur des preuves. La Loi type sur les drogues comprend des dispositions législatives et des commentaires qui incorporent les obligations des trois traités des Nations unies sur le contrôle des drogues. Il tient également compte des résultats et des engagements de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le problème mondial de la drogue tenue en 2016, et du Plan d'action régional de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest en matière de lutte contre le trafic illicite de drogues, la criminalité organisée et l'abus de drogues en Afrique de l'Ouest (2016-2020).^[90, 91] Il vise à promouvoir la protection de la santé publique comme priorité absolue de la politique en matière de drogues et comprend des recommandations pour la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues, de traitement par agonistes opioïdes, et la décriminalisation de la possession de drogues sans intention de fabriquer, de transporter, de vendre ou de fournir à autrui.^[90]

Références

1. UNAIDS data 2020 [En ligne]. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/unaids-data> (page consultée le 20 juillet 2020)
2. Houinsou D. Global State of Harm Reduction, short survey response, 2020.
3. T Some C. Global State of Harm Reduction, short survey response, 2020 email.
4. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health* 2017;5(12):e1192–207.
5. Anoma C. Harm Reduction activities dedicated to precarious PWUD in Abidjan Espace Confiance, Ivory Coast. Amsterdam, Netherlands: 2018.
6. Global AIDS Commission. Formative study: Assessing the situation of drug use including injecting drug users (IDU) in Accra, Tema, Sekondi-Takoradi and Cape Coast. Accra, Ghana: 2013.
7. Global AIDS update 2019 — Communities at the centre — Defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services:316.
8. Kimani J. Global State of Harm Reduction personal communication, 2018.
9. Ayon S. Global State of Harm Reduction survey response, 2018.
10. UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Lesotho. Geneva: 2014.
11. Tegang S, Tegli J. Technical Report: Size estimation of sex workers, men who have sex with men, and drug users in Liberia. Liberia: 2011.
12. Ministry of Health and Social Welfare Liberia. Integrated Bio-Behavioural Surveillance Survey (IBBSS) among MARPS in Liberia. Liberia: 2013.
13. UNODC. World Drug Report. Vienna: 2018.
14. Samassekou M. Global State of Harm Reduction, short survey response, 2020 email.
15. UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Mauritius. Geneva: 2015.
16. Ministry of Health and Quality of Life. National Drug Observatory report: March 2018. Republic of Mauritius: 2018.
17. MSF. Personal communication with Lucas Molfino. 2020.
18. Yamein I. Global State of Harm Reduction, short survey response, 2020 email.
19. Nelson E-UE. The Socio-Spatial Contexts of HIV Risk for People Who Inject Drugs in Public Spaces in Nigeria. *Contemporary Drug Problems* [En ligne] 2020;47(2):103–17. <https://doi.org/10.1177/0091450920921233> (page consultée le 3 juillet 2020)
20. MacDonnell J. Global State of Harm Reduction 2020 reviewer response. 2020.
21. Nelson E-UE, Nnam MU. “...I can use any syringe I find”: contextual determinants of HIV risk in public injecting settings in Nigeria. *Drugs and Alcohol Today* [En ligne] 2020 ; avant publication. <https://doi.org/10.1108/DAT-05-2020-0031> (page consultée le 14 septembre 2020)
22. Igbene P. Personal communication. 2020.
23. Leprêtre A, Ba I, Lacombe K, Maynard M, Toufik A, Ndiaye O, et al. Prevalence and behavioural risks for HIV and HCV infections in a population of drug users of Dakar, Senegal: the ANRS 12243 UDSEN study. *J Int AIDS Soc* 2015;18:19888.
24. Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS) - Linking Organisation in Senegal [Internet]. International HIV/AIDS Alliance. <https://www.aidsalliance.org/about/where-we->

work/57-alliance-nationale-des-communautes-pour-la-sante-ancs (page consultée le 11 mai 2018)

25. Ogunrombi A. Global State of Harm Reduction survey response 2018. 2018.
26. Vel B. Seychelles Biological and Behavioural Surveillance of Heroin users 2017: Round One Final Report. Seychelles: 2018.
27. Kamara HT. Global State of Harm Reduction, survey response, 2020.
28. Scheibe A et al. Programmatic surveillance of viral hepatitis and HIV co- infection among key populations from seven South African cities: data to inform an unmet need. 2017.
29. TB HIV Care et al. Viral hepatitis C initiative for key populations in South Africa: Summary sheet. 2018.
30. Scheibe A, Shelly S, Mac Donnell J. Global State of Harm Reduction survey response 2018. 2018.
31. UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: United Republic of Tanzania. Geneva: 2015.
32. Lambdin BH, Lorvick J, Mbwambo JK, Rwegasha J, Hassan S, Lum P, et al. Prevalence and predictors of HCV among a cohort of opioid treatment patients in Dar es Salaam, Tanzania. *Int J Drug Policy* 2017;45:64–9.
33. Personal Communication. Global State of Harm Reduction survey response, 2018. 2018.
34. Khalid FJ, Hamad FM, Othman AA, Khatib AM, Mohamed S, Ali AK, et al. Estimating the number of people who inject drugs, female sex workers, and men who have sex with men, Unguja Island, Zanzibar: results and synthesis of multiple methods. *AIDS Behav* 2014;18 Suppl 1:S25-31.
35. Khatib A, Matiko E, Khalid F, Welty S, Ali A, Othman A, et al. HIV and hepatitis B and C co-infection among people who inject drugs in Zanzibar. *BMC Public Health* 2017;17(1):917.
36. UNODC. Compendium of Good Practices on Drug Use Prevention, Drug Use Disorders Treatment and Harm Reduction in Africa. Vienna: 2018.
37. Doshi RH, Apodaca K, Ogwal M, Bain R, Amene E, Kiyangi H, et al. Estimating the Size of Key Populations in Kampala, Uganda: 3-Source Capture- Recapture Study. *JMIR Public Health and Surveillance* 2019;5(3):e12118.
38. Breakthrough as Uganda announces harm reduction pilot [Internet]. International HIV/AIDS Alliance. <https://idpc.net/alerts/2017/11/breakthrough-as-uganda-announces-harm-reduction-pilot> (page consultée le 11 avril 2018)
39. UNODC. World Drug Report 2020 - Estimates of people who inject drugs, living with HIV, HCV & HBV, downloadable spreadsheet [En ligne]. Vienna: UNODC; 2020. <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/maps-and- tables.html>
40. Nelson E-UE. The social context of injection drug use and harm reduction programmes in sub-Saharan Africa. *African Journal of Drug and Alcohol Studies* [Internet] 2016 [cited 2020 Jul 2];15(2):123–34. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/ajdas/article/view/156993>
41. World Drug Report 2019: 35 million people worldwide suffer from drug use disorders while only 1 in 7 people receive treatment [En ligne]. United Nations : Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2019/June/world-drug-report- 2019 -35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while- only-1-in-7-people-receive-treatment.html> (page consultée le 3 juillet 2020)
42. Kalunta-Crumpton A. Pan-African Issues in Drugs and Drug Control: An International Perspective. Routledge; 2016.
43. UNAIDS. UNAIDS Prevention Gap Report [En ligne]. 2016. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap- report_en.pdf
44. HIV and AIDS in East and Southern Africa regional overview [Internet]. Avert 2015. <https://www.avert.org/professionals/ hiv-around-world/sub-saharan-africa/overview> (page consultée le 2 août 2020)

45. Global State of Harm Reduction: 2019 updates [En ligne]. Harm Reduction International. <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2019> (page consultée le 3 juillet 2020)
46. Dickson-Gomez J, Twaibu W, Christenson E, Dan K, Anguzu R, Homedi E, et al. Injection and sexual risk among people who use or inject drugs in Kampala, Uganda: An exploratory qualitative study. PLOS ONE [En ligne] 2020 [cited 2020 Jul 1];15(4):e0231969. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231969> (page consultée le 1^{er} juillet 2020)
47. OSIWA | Harm Reduction: The Senegalese Experience - OSIWA [En ligne]. [cited 2020 Jun 17]. Available from: <http://www.osiwa.org/newsroom/multimedia/harm-reduction-senegalese-experience/>
48. Global AIDS Update 2016 [En ligne]. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016> (page consultée le 4 juillet 2020)
49. World Health Organization. Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis: planning and tracking progress towards elimination. Geneva: World Health Organization; 2019.
50. Nelson E-U. PERSPECTIVES ON DRUGS, ALCOHOL AND SOCIETY IN AFRICA Open Society Initiative for West Africa. 2018.
51. Aidsfonds. Nigerian government accepts needle exchange pilots starting 2019 [En ligne]. IDPC Health 2019. <https://idpc.net/alerts/2019/03/nigerian-government-accepts-needle-exchange-pilots-starting-2019>
52. McDonald D. Global State of Harm Reduction 2018 survey response. 2018.
53. Dyk J van. Durban cuts city's only needle exchange programme [En ligne]. Bhekisisa 2018 <https://bhekisisa.org/health-news-south-africa/2018-05-30-00-durban-cuts-citys-only-needle-exchange-programme/> (page consultée le 3 juillet 2020)
54. Kurth AE, Cherutich P, Conover R, Chhun N, Bruce RD, Lambdin BH. The Opioid Epidemic in Africa And Its Impact. *Curr Addict Rep* [En ligne] 2018 ;5(4):428–53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269163/> (page consultée le 2 août 2020)
55. Opioid substitution therapy (OST) for HIV prevention [Internet]. Avert 2019. <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/opioid-substitution-therapy> (page consultée le 2 août 2020)
56. South African National AIDS Council. Let Our Actions Count: South Africa's National Strategic Plan for HIV, TB and STIs 2017-2022. Pretoria: Ministry of Health (South Africa); 2017.
57. Stimulants [En ligne]. <https://wdr.unodc.org/wdr2019/en/stimulants.html> (page consultée le 17 juin 2020)
58. UNODC. World Drug Report 2020. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2020.
59. Donnerfeld Z, Bello-Schünemann J, Welborn L. Drug demand and use in Africa. :24.
60. Scheibe A, Young K, Moses L, Basson RL, Versfeld A, Spearman CW, et al. Understanding hepatitis B, hepatitis C and HIV among people who inject drugs in South Africa: findings from a three-city cross-sectional survey. *Harm Reduct J* 2019;16(1):28.
61. Versfeld A, Scheibe A, Shelly S, Wildschut J. Empathic response and no need for perfection: reflections on harm reduction engagement in South Africa. *Critical Public Health* 2018;28(3):329–39.
62. Farrell M, Martin NK, Stockings E, Bórquez A, Cepeda JA, Degenhardt L, et al. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *The Lancet* 2019;394(10209):1652–67.
63. Rigoni R, Brecksema J, Woods S. Speed Limits: Harm reduction for people who use stimulants. Amsterdam: Mainline; 2018.

64. Global State of Harm Reduction 2018 [En ligne]. Harm Reduction International. Available from: <https://www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018> (page consultée le 2 août 2020)
65. Semá Baltazar C, Horth R, Boothe M, Sathane I, Young P, Chitsondzo Langa D, et al. High prevalence of HIV, HBsAg and anti-HCV positivity among people who injected drugs: results of the first bio-behavioral survey using respondent-driven sampling in two urban areas in Mozambique. *BMC Infectious Diseases* [En ligne] 2019 [cited 2020 Jul 1];19(1):1022. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4655-2> (page consultée le 1^{er} juillet 2020)
66. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health* [En ligne] 2017;5(12):e1192–207. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30375-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30375-3/abstract) (page consultée le 1^{er} juillet 2020)
67. The western and central Africa catch-up plan — Putting HIV treatment on the fast-track by 2018 | UNAIDS [En ligne]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/WCA-catch-up-plan> (page consultée le 17 juin 2020)
68. Iversen J, Page K, Madden A, Maher L. HIV, HCV and health-related harms among women who inject drugs: Implications for prevention and treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet] 2015;69(0 1):S176–81. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4505917/> (page consultée le 3 juillet 2020)
69. AIDSinfo | UNAIDS [Internet]. [cited 2020 Jun 17]. <http://aidsinfo.unaids.org/> (page consultée le 17 juin 2020)
70. MSF. Out of focus: How millions of people in West and Central Africa are being left out of the global HIV response [En ligne]. 2016. https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_eng.pdf
71. Baguma C. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
72. UNAIDS. Update on HIV in prisons and other closed settings. 2017.
73. WHO | People in prisons and other closed settings [En ligne]. <https://www.who.int/hiv/topics/prisons/en/> (page consultée le 17 juin 2020)
74. Jack Stone, PhD, Hannah Fraser, PhD, Aaron G Lim, DPhil, Josephine G Walker, PhD, Zoe Ward, PhD, Louis MacGregor, MSc, et al. Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis - *The Lancet Infectious Diseases* [En ligne]. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(18\)30469-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(18)30469-9/fulltext) (page consultée le 17 juin 2020)
75. UNAIDS. Health, rights and drugs — Harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs. 2019.
76. UNAIDS. ‘The Gap Report 2014: Prisoners’. 2014.
77. UNAIDS. ‘Blind Spot: Reaching out to men and boys’. 2017.
78. Telisinghe L, Charalambous S, Topp SM, Herce ME, Hoffmann CJ, Barron P, et al. HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2016;388(10050):1215–27.
79. Golrokhi R, Farhoudi B, Taj L, Pahlaviani FG, Mazaheri-Tehrani E, Cossarizza A, et al. HIV Prevalence and Correlations in Prisons in Different Regions of the World: A Review Article. *The Open AIDS Journal* [En ligne] 2018 ;12(1). Available from: <https://openaidsjournal.com/VOLUME/12/PAGE/81/> (page consultée le 17 juin 2020)
80. Prof Kate Dolan, PhD, Andrea L Wirtz, PhD, Babak Moazen, MScIH, Martial Ndeffo-mbah, PhD, Prof Alison Galvani, PhD, Prof Stuart A Kinner, PhD, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees - *The Lancet* [En ligne].

- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30466-4/](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30466-4/) fulltext (page consultée le 17 juin 2020)
81. (PDF) A Second Chance - Alternatives to Imprisonment and the Social Reintegration of Offenders In Kenya [En ligne]. https://www.researchgate.net/publication/235439041_A_Second_Chance_-_Alternatives_to_Imprisonment_and_the_Social_Reintegration_of_Offenders_In_Kenya (page consultée le 2 août 2020)
 82. Prisons Survey Final Report.pdf [En ligne]. <https://www.prisons.go.ug/sites/default/files/PRISONS%20SURVEY%20FINAL%20REPORT.pdf> (page consultée le 2 août 2020)
 83. EAC-Regional-Policy-on-alcohol.pdf [En ligne]. <http://fileserv.idpc.net/library/EAC-Regional-Policy-on-alcohol.pdf> (page consultée le 2 août 2020)
 84. Naik K. Largest ever civil society delegation attends the African Union meeting on Health, Population and Drug Control in Cairo [En ligne]. <https://idpc.net/blog/2019/08/largest-ever-civil-society-delegation-attends-the-african-union-meeting-on-health-population-and-drug-control-in-cairo> (page consultée le 17 juin 2020)
 85. Ministry of Health (South Africa). Health Sector Drug Master Plan 2019-2025. Pretoria: Republic of South Africa; 2020.
 86. Harm Reduction International. Making the investment case: Cost- effectiveness evidence for harm reduction. London: Harm Reduction International; 2020.
 87. Deme PA. Global State of Harm Reduction, survey response, 2020 email.
 88. Mwangi C, Karanja S, Gachohi J, Wanjihia V, Nganga Z. Assessment of Retrospective and Current Substance Use in Women Who Inject Drugs in Low-Income Urban Settings in Kenya. *J Alcohol Drug Depend* [En ligne] 2019 ;07(01). Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/assessment-of-retrospective-and-current-substance-use-in-women-who-inject-drugs-in-lowincome-urban-settings-in-kenya-2329-6488-1000324-107933.html> (page consultée le 3 juillet 2020)
 89. CNN NG. Why this state-run rehab clinic lets addicts shoot up [Internet]. CNN. Available from: <https://www.cnn.com/2018/11/23/health/west-africa-free-rehab-clinic-senegal-intl/index.html> (page consultée le 20 juin 2020)
 90. The West Africa Commission on Drugs. Model drug law for West Africa: A tool for policy makers. 2018.
 91. Ecowas Project [En ligne]. <https://www.unodc.org/westandcentralafrica/en/newrosenwebsite/ecowasproject.html> (page consultée le 22 juin 2020)